

**HUBUNGAN PENGETAHUAN TENTANG AKTIVITAS FISIK DENGAN
EFIKASI DIRI AKTIVITAS FISIK PADA PASIEN GAGAL JANTUNG YANG
BEROBAT DI RSUD Dr. SAIFUL ANWAR KOTA MALANG DAN RSI
AISYIAH KOTA MALANG**

TUGAS AKHIR

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Ilmu Keperawatan**



Oleh :

Made Arny Fariyanti

NIM. 155070201111017

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS BRAWIJAYA**

MALANG

2019

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Halaman Pengesahan	ii
Halaman Pernyataan Keaslian Tulisan	iii
Kata Pengantar.....	iv
Abstrak	vi
Abstrack	vii
Daftar Isi	viii
Daftar Tabel.....	xi
Daftar Tabel.....	xii
Daftar Lampiran.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	8
1.3 Tujuan Penelitian.....	8
1.3.1 Tujuan Umum	8
1.3.2 Tujuan Khusus.....	8
1.4 Manfaat Penelitian	9
1.4.1 Manfaat Akademis	9
1.4.2 Manfaat Praktik.....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Konsep Gagal Jantung	10
2.1.1 Pengertian Gagal Jantung	10
2.1.2 Klasifikasi Gagal Jantung.....	11
2.1.3 Etiologi Gagal Jantung.....	12
2.1.4 Faktor Resiko Gagal Jantung.....	13
2.1.5 Manifestasi Klinis Gagal Jantung	14
2.1.6 Patofisiologi Gagal Jantung	17
2.1.7 Penatalaksanaan Gagal Jantung	18
2.1.7.1 Tatalaksana Farmakologi.....	18
2.1.7.2 Tatalaksana Non Farmakologi.....	20
2.1.8 Komplikasi Gagal Jantung	22
2.2 Konsep Pengetahuan Aktivitas Fisik Pada Pasien Gagal Jantung	23
2.2.1 Pengetahuan	23
2.2.2 Aktivitas Fisik.....	26
2.2 Konsep Efikasi Diri Aktivitas Fisik Pada Pasien Gagal Jantung	33
2.3.1 Definisi Efikasi Diri	33
2.3.2 Klasifikasi Efikasi Diri	33
2.3.3 Hambatan Efikasi Diri	34
BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESA PENELITIAN	37
3.1 Kerangka Konsep	37
3.2 Penjelasan kerangka konsep.....	38
3.3 Hipotesis.....	39

BAB IV METODE PENELITIAN	40
4.1 Rancangan Penelitian.....	40
4.2 Populasi dan Sampel.....	40
4.2.1 Populasi.....	40
4.2.2 Sampel	40
4.2.3 Teknik Sampling	41
4.2.3.1 Kriteria Inklusi Penelitian	42
4.2.3.2 Kriteria Eksklusi Penelitian	42
4.3 Variabel Penelitian.....	42
4.3.1 Variabel Independent.....	42
4.3.2 Variabel Dependent	42
4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	43
4.5 Instrumen Penelitian	43
4.5.1 Alat Penelitian.....	43
4.5.2 Uji Validitas dan Reabilitas Instrumen	44
4.6 Definisi Operasional.....	46
4.7 Teknik Pengumpulan Data.....	49
4.8 Alur Penelitian	50
4.9 Analisa Data	51
4.10 Etika Penelitian.....	53
BAB V HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA	55
5.1 Analisa Univariat.....	55
5.1.1 Karakteristik Demografi	53
5.1.2 Pengetahuan Aktivitas Fisik Pada Pasien Gagal Jantung yang Berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang....	59
5.1.3 Efikasi Diri Aktivitas Fisik Pada Pasien Gagal Jantung yang Berobat RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang.....	59
5.2 Analisis Bivariat	60
5.2.1 Analisis Data Hubungan Pengetahuan Aktivitas Fisik dengan Efikasi Diri Aktivitas Fisik Pada Pasien Gagal Jantung yang Berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang.....	60
BAB VI PEMBAHASAN	62
6.1 Karakteristik Responden.....	62
6.2 Pengetahuan tentang Aktivitas Fisik pada Pasien Gagal Jantung yang Berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang	65
6.3 Efikasi Diri Aktivitas Fisik pada Pasien Gagal Jantung yang Berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang	68
6.4 Hubungan Pengetahuan tentang Aktivitas Fisik dengan Efikasi Diri Aktivitas Fisik pada Pasien Gagal jantung yang Berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang.....	70
6.5 Implikasi Penelitian dalam Profesi Keperawatan.....	74
6.6 Keterbatasan Penelitian.....	75

BAB VII PENUTUP.....	76
7.1 Kesimpulan.....	76
7.2 Saran.....	77
DAFTAR PUSTAKA.....	78
LAMPIRAN	



HALAMAN PENGESAHAN

**TUGAS AKHIR
HUBUNGAN PENGETAHUAN TENTANG AKTIVITAS FISIK DENGAN
EFIKASI DIRI AKTIVITAS FISIK PADA PASIEN GAGAL JANTUNG YANG
BEROBAT DI RSUD Dr. SAIFUL ANWAR DAN RSI AISIYAH KOTA
MALANG**

Oleh:

Made Arny Fariyanti

NIM. 155070201111017

Telah diuji pada:

Hari: Senin

Tanggal: 20 Mei 2019

Dan dinyatakan lulus oleh:

Penguji-I

Alfrina Hany, S.Kp., M.Ng (AC).

NIP. 197804042002122001

Pembimbing-I/Penguji-II

Dr. Budi Satrijo, Sp.JP (K)

NIP. 197201052001121007

Pembimbing-II/Penguji-III

Ns. Ahmad Hasyim W, S.Kep., M.Kep., MNg

NIP. 2013038607011001

Mengetahui,

Ketua Program Studi Sarjana Ilmu Keperawatan

Ns. Tony Suharsono, S.Kep., M.Kep.

NIP. 198009022006041003



ABSTRAK

Fariyanti, Made Arny. 2019. *Hubungan Pengetahuan tentang Aktivitas Fisik dengan Efikasi Diri Aktivitas Fisik pada Pasien Gagal Jantung yang Berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang*. Tugas Akhir, Progam Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) dr. Budi Satrijo, Sp.JP(K) (2) Ns. Ahmad Hasyim W., S.Kep., M.Kep.

Kepatuhan terhadap aktivitas fisik pada pasien gagal jantung kurang dari 50% , hal ini menunjukkan bahwa kepatuhan aktivitas fisik lebih sulit dilakukan daripada kepatuhan diet dan obat. Penting untuk mengetahui seberapa paham pasien gagal jantung mengenai aktivitas fisik dan seberapa yakin untuk melakukan hal tersebut. Tujuan penelitian ini adalah untuk melihat hubungan antara pengetahuan tentang aktivitas fisik dengan efikasi diri aktivitas fisik yang berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang. Desain penelitian yang digunakan adalah penelitian observasional dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel pada penelitian ini berjumlah 83 orang dengan menggunakan teknik *consecutive sampling*. Instrumen pada penelitian ini menggunakan kuesioner pengetahuan aktivitas fisik dan *Exercise Self-Efficacy Questionnaire*. Hasil penelitian didapatkan bahwa nilai rata-rata pengetahuan adalah 15,51 dan nilai rata-rata efikasi diri adalah 46,75. Analisis hubungan menggunakan uji statistik *Spearman's Rank Correlation* yang menunjukkan nilai p-value sebesar 0,013 dengan nilai koefisien korelasi sebesar 0,273 yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan tentang aktivitas fisik dengan efikasi diri aktivitas fisik pada pasien gagal jantung dengan tingkat kekuatan sedang. Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa pengetahuan yang tinggi akan meningkatkan efikasi diri dari pasien gagal jantung untuk melakukan aktivitas fisik. Bagi penelitian selanjutnya diharapkan untuk memberikan jarak antara pasien dan keluarga dalam pengambilan data.

Kata Kunci : Pengetahuan, Aktivitas Fisik, Efikasi Diri, Gagal Jantung

ABSTRACT

Fariyanti, Made Arny. 2019. *Association Between Knowledge of Physical Activity and Self Efficacy in Physical Activity of Patients with Heart Failure Treatment at RSUD Dr. Saiful Anwar and RSI Aisyiyah Malang*. Final Assignment, Nursing Program, Faculty of Medicine, Brawijaya University. Supervisor: (1) dr. Budi Satrijo, Sp.JP(K) (2) Ns. Ahmad Hasyim W., S.Kep., M.Kep.

Adherence to physical activity in patients with heart failure is less than 50%, this shows that adherence to physical activity is more difficult than dietary and taking medication adherence. It is important to determine patient with heart failure knowledge on the required physical activity and their confidence on doing it. The purpose of this study was to identify the correlation of physical activity knowledge and self-efficacy in physical activity in heart failure patients treatment at Dr. Saiful Anwar and RSI Aisyiyah hospital. The design of this study was an observational study with cross sectional. A total 83 sample used in this study using consecutive sampling technique. Patient's knowledge measured by Physical Activity Knowledge Questionnaire and patient's self-efficacy measured by Exercise Self-efficacy Questionnaire. The result showed that the average value of respondent's knowledge was 15.51 and the average value of respondent's self-efficacy was 46.75. The association of physical activity knowledge and self-efficacy in physical activity in heart failure was significantly proved using Spearman's Rank Correlation with 0.013 p-value and 0.273 correlation coefficient which indicated that there is a moderate correlation between physical activity knowledge and self-efficacy in physical activity in heart failure patients. To conclude, high physical activity knowledge will improve the self-efficacy patients in physical activity. For further research is expected to provide the distance between the patient and the family in data collection.

Key word : Knowledge, Physical Activity, Self-Efficacy, Heart Failure

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gagal jantung adalah sindrom klinis yang merupakan konsekuensi dari berbagai penyakit, yang sebagian besar secara langsung mempengaruhi jantung. Meskipun ada banyak penyebab gagal jantung, penyebab umum yang mengakibatkan gagal jantung adalah penyebab yang secara langsung merusak miokardium (misalnya, infark miokardium atau paparan toksin miokard) atau peningkatan paparan pada dinding pembuluh darah (misalnya, hipertensi atau lesi valvular) (Wiley, 2010).

Gagal jantung adalah puncak dari semua kejadian kardiovaskular sebelumnya dan keberhasilan atau kegagalan intervensi yang dilakukan. Gagal jantung adalah efek kumulatif dari semua kelainan di jantung, yang berujung pada gangguan fungsional dari pompa jantung. Setelah pasien mencapai tahap gagal jantung simptomatik, prognosis menjadi buruk (Henein, 2010).

Angka kejadian gagal jantung setiap tahunnya mengalami peningkatan. Menurut data WHO (2016) menyebutkan bahwa pada tahun 2008 sebanyak 17,5 juta orang meninggal akibat penyakit kardiovaskular. Di Amerika Serikat ditemukan kasus sebanyak 550.000 pertahun untuk kejadian gagal jantung sedangkan di negara-negara berkembang didapatkan kasus sebesar 400.000 sampai 700.000 pertahun. (WHO,2016). Dari seluruh kejadian gagal jantung di dunia, Benua Asia menempati tempat pertama dengan angka kematian tertinggi akibat gagal jantung yaitu sekitar 276,9 ribu jiwa. (WHO,2014).

Menurut Riskesdas (2013) prevalensi gagal jantung di Indonesia meningkat seiring dengan peningkatan usia. Prevalensi gagal jantung di Indonesia sekitar 0,13% untuk kasus berdasarkan diagnosis dokter dan sekitar 0,3% untuk kasus berdasarkan diagnosis gejala. Provinsi dengan kasus gagal jantung berdasarkan diagnosis dokter tertinggi terdapat Provinsi Jawa Timur sekitar 0,19% (54.826 orang), Provinsi Jawa Barat sekitar 0,14% (45.027 orang) dan Provinsi Jawa Tengah sekitar 0,18% (43.361 orang). Berdasarkan diagnosis/gejala, estimasi jumlah penderita penyakit gagal jantung terbanyak terdapat di Provinsi Jawa Barat sekitar 0,3% (96.487 orang), Provinsi Jawa Timur sekitar 0,3% (86.568 orang) dan Provinsi Jawa Tengah sekitar 0,3% (72.268 orang). Prevalensi kejadian gagal jantung tertinggi pada usia 65-74 tahun sekitar 0,5% untuk kasus berdasarkan diagnosis dokter sedangkan untuk kasus berdasarkan diagnosis gejala sekitar 1,1% tertinggi pada usia ≥ 75 tahun. Untuk kasus berdasarkan diagnosis dokter lebih banyak ditemukan pada perempuan (0,2%) dibandingkan dengan laki-laki (0,1%) sedangkan untuk kasus berdasarkan diagnosis gejala tidak ada perbedaan yang signifikan antara laki-laki maupun perempuan (0,3%). (Riskesdas, 2013).

Pengobatan bagi penderita gagal jantung membutuhkan waktu yang lama dan panjang. Tahap pengobatan pada pasien gagal jantung yaitu dimulai dari tahap segera (saat pasien berada di ruangan intensif), kemudian dilanjutkan pada tahap jangka menengah (perawatan di ruangan), tahap sebelum pulang dan jangka panjang (mencegah rehospitalisasi dini). (PERKI, 2015). Pengobatan jangka panjang tersebut menyebabkan banyak pasien yang mengalami rawat ulang 30-hari setelah keluar dari rumah sakit. Dalam hal

ini, berdasarkan data WHO (2016) diketahui beberapa faktor yang menyebabkan rawat ulang 30-hari bagi pasien gagal jantung adalah rendahnya perilaku perawatan diri seperti ketidakpatuhan minum obat, pembatasan cairan, ketidakpatuhan diet, dan kurangnya aktivitas. Faktor-faktor ini akan menyebabkan keadaan pasien gagal jantung memburuk dikarenakan tekanan darah pasien tinggi, gula darah meningkat, dan obesitas yang akan menyebabkan pasien akan mengalami rawat ulang (WHO, 2016).

Manfaat aktivitas fisik bagi pasien gagal jantung adalah dapat meningkatkan kapasitas fisik, mengurangi kejadian rawat inap ulang dan meningkatkan kualitas hidup pasien (Piepoli et al, 2011). Aktivitas fisik yang adekuat diyakini dapat membantu menstabilkan variabilitas detak jantung, mengurangi eksaserbasi akut, mengurangi perkembangan gagal jantung, dan akhirnya menurunkan kejadian rawat inap sehingga meningkatkan kualitas hidup (Bosnak et al, 2011).

Kepatuhan terhadap aktivitas fisik pasien gagal jantung kurang dari 50% , hal ini menunjukkan bahwa kepatuhan aktivitas fisik lebih sulit dilakukan daripada kepatuhan diet dan kepatuhan minum obat (Van Der Wall et al, 2010). Ditemukan bahwa hanya sekitar 30% pasien gagal jantung yang mengikuti rekomendasi aktivitas fisik yang diberikan setelah 3 tahun dan keterlambatan ini yang menyebabkan hasil yang tidak memuaskan (Conraads et al, 2012).

Menurut Chien et al (2014) diketahui bahwa terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi aktivitas fisik pada pasien gagal jantung. Beberapa faktor yang mempengaruhi yaitu wanita memiliki aktivitas fisik yang lebih baik daripada laki-laki dikarenakan lebih banyak wanita yang melakukan

pekerjaan rumah tangga dibandingkan dengan pria. Pasien yang memiliki *BMI* lebih tinggi diketahui memiliki aktivitas fisik yang lebih baik dikarenakan pasien yang memiliki *BMI* rendah saat keluar dari rumah sakit memiliki lebih banyak keterbatasan untuk dapat melakukan aktivitas fisik. Pasien yang memiliki pengetahuan mengenai aktivitas fisik diketahui memiliki tingkat aktivitas fisik yang lebih baik dan efikasi diri juga merupakan prediktor untuk pasien dapat melakukan aktivitas fisik karena pasien membutuhkan keyakinan yang lebih besar untuk dapat melakukan aktivitas fisik.

Di negara-negara Asia, banyak pasien yang ditemukan berasumsi bahwa pasien penyakit jantung tidak boleh melakukan apapun selain beristirahat sambil memulihkan diri dari penyakit. Pengetahuan seperti ini yang menyebabkan pasien gagal jantung di negara Asia kebanyakan membatasi aktivitas fisik mereka (Hui-Chin, 2014). Meskipun pasien telah menerima edukasi mengenai aktivitas fisik yang seharusnya dilakukan, namun banyak pasien yang tidak patuh untuk melakukannya dikarenakan lupa (Derstine, 2010).

Sebagian besar penelitian yang telah dipublikasi meneliti antara hubungan tingkat pengetahuan dan tingkat aktivitas fisik pada pasien gagal jantung. Dalam hal ini, penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Wartini (2011) yang berjudul "*Pendidikan Kesehatan Latihan Rehabilitasi Jantung terhadap Kepatuhan Melaksanakan Mobilisasi pada Pasien Penyakit Jantung*" ditemukan bahwa ketidakpatuhan pasien dalam melaksanakan aktivitas fisik pada program rehabilitasi jantung di RS Sanglah Bali sekitar 58%. Hambatan pasien melakukan aktivitas fisik dikarenakan pasien belum memahami tingkatan aktivitas yang seharusnya dilakukan. Pengetahuan

merupakan hal dasar yang harus dimiliki oleh pasien gagal jantung saat melakukan perawatan di rumah. Pasien perlu memahami tentang penyakit yang dialami dan program perawatan yang akan dilakukannya. Pasien gagal jantung perlu mengetahui tahapan melakukan aktivitas fisik karena selain memberikan manfaat yang baik bagi tubuh apabila dilakukan tidak sesuai dengan anjuran akan menimbulkan efek negatif bagi tubuh (Arovah, 2012). Pengetahuan mengenai aktivitas fisik akan mempengaruhi perilaku individu dan apakah ia akan melaksanakan perilaku yang disarankan oleh orang lain (Vogt L, 2008).

Karakteristik pribadi juga akan mempengaruhi aktivitas fisik dan efikasi diri memberikan dukungan yang kuat dalam keterlibatan dalam melakukan aktivitas fisik. Penelitian mengenai hubungan tingkat efikasi diri dengan tingkat aktivitas fisik pada pasien gagal jantung juga telah banyak yang dipublikasi. Dalam hal ini, sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Dontje (2014) dalam penelitiannya didapatkan bahwa dari 68 pasien sekitar 44% pasien tidak aktif melakukan aktivitas fisik, 35% pasien aktif melakukan aktivitas sedang dan 15% pasien aktif melakukan aktivitas rendah. Variasi dalam aktivitas fisik yang dilakukan pasien dalam penelitian ini disebabkan karena gejala pasien dan efikasi diri. Efikasi diri didefinisikan sebagai keyakinan bahwa seseorang memiliki kemampuan untuk melakukan tindakan tertentu (Vaughan et al, 2012). Diketahui bahwa aktivitas fisik pada pasien gagal jantung lebih rendah daripada orang dewasa yang sehat, tetapi beberapa penelitian lain menunjukkan bahwa tingkat aktivitas fisik pasien gagal jantung lebih baik saat dirumah.

Peningkatan pengetahuan mengenai aktivitas fisik akan meningkatkan kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas fisik. Penting untuk mengetahui seberapa paham mereka mengenai aktivitas fisik yang seharusnya dilakukan dan seberapa yakin mereka untuk melakukan aktivitas fisik tersebut (Andre, 2012). Perawatan diri pasien gagal jantung mencakup tentang keyakinan seseorang untuk dapat melakukan perawatan untuk dirinya sendiri (Vaughan, 2012). Efikasi diri memiliki efek langsung dan tidak langsung pada perawatan diri dengan mempengaruhi pilihan individu, pengeluaran energi, ketekunan, ketahanan, dan tingkat stress (Riegel & Dickson, 2008).

Pada pasien dengan gagal jantung, efikasi diri terkait dengan mempertahankan fungsi normal dan mengendalikan gejala secara signifikan memprediksi kepatuhan jangka panjang untuk aktivitas fisik dan rejimen diet. Sebuah penelitian terhadap wanita dewasa dengan gagal jantung menunjukkan bahwa mereka yang memiliki efikasi diri tinggi menunjukkan tingkat perilaku manajemen penyakit yang lebih tinggi (minum obat sesuai yang ditentukan, olahraga, diet, dan manajemen stres) pada 4 dan 12 bulan *follow-up*. Di sisi lain, kepatuhan yang lebih buruk dikaitkan dengan rendahnya efikasi diri yang dirasakan mengenai perawatan diri. (Maeda et al, 2012).

Berdasarkan uraian di atas diketahui bahwa kebanyakan penelitian sebelumnya meneliti hubungan langsung antara tingkat pengetahuan dengan aktivitas fisik atau tingkat efikasi dengan aktivitas fisik pasien gagal jantung. Sehingga peneliti menganggap penting untuk meneliti hubungan antara pengetahuan dan efikasi diri aktivitas fisik yang memiliki peran penting bagi

pasien untuk dapat melakukan aktivitas fisik. Maka dari itu, peneliti menilai penting untuk meneliti “Hubungan Pengetahuan tentang Aktivitas Fisik dengan Efikasi Diri Aktivitas Fisik pada Pasien Gagal Jantung yang Berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar Kota Malang dan RSI Aisyiyah Kota Malang”.



1.2 Rumusan Masalah

Apakah terdapat hubungan antara pengetahuan tentang aktivitas fisik dengan efikasi diri aktivitas fisik pada pasien gagal jantung yang berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar Kota Malang dan RSI Aisyiyah Kota Malang?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan pengetahuan tentang aktivitas fisik dengan efikasi diri aktivitas fisik pada pasien gagal jantung yang berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar Kota Malang dan RSI Aisyiyah Kota Malang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi karakteristik responden yang berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar Kota Malang dan RSI Aisyiyah Kota Malang.
2. Mengidentifikasi tingkat pengetahuan tentang aktivitas fisik pada pasien gagal jantung yang berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar Kota Malang dan RSI Aisyiyah Kota Malang.
3. Mengidentifikasi tingkat efikasi diri aktivitas fisik pada pasien gagal jantung yang berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar Kota Malang dan RSI Aisyiyah Kota Malang.
4. Menganalisis hubungan antara tingkat pengetahuan tentang aktivitas fisik dengan tingkat efikasi diri aktivitas fisik pada pasien gagal jantung yang berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar Kota Malang dan RSI Aisyiyah Kota Malang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Akademis

Diharapkan hasil dari penelitian dapat digunakan sebagai tambahan referensi pada pembelajaran mengenai penyakit gagal jantung bahwa pentingnya pengetahuan tentang aktivitas fisik dengan efikasi diri aktivitas fisik pada pasien gagal jantung.

1.4.2 Manfaat Praktis

1.4.2.1 Bagi Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian diharapkan dapat digunakan sebagai tambahan informasi bagi pelayanan kesehatan dalam pentingnya memberikan pengetahuan aktivitas fisik pasien gagal jantung.

1.4.2.2 Bagi Tenaga Kesehatan

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi salah satu sumber praktik berbasis bukti bagi tenaga kesehatan dalam memberikan perawatan. Sehingga penting untuk tenaga kesehatan memberikan edukasi mengenai aktivitas fisik yang dapat dilakukan oleh pasien gagal jantung.

1.4.2.3 Bagi Masyarakat / Pasien

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi bahan informasi untuk masyarakat atau pasien mengenai pentingnya aktivitas fisik bagi pasien gagal jantung dan manfaat yang diberikan bagi kesehatan

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep gagal jantung

2.1.1 Pengertian gagal jantung

Gagal jantung adalah sindrom klinis yang merupakan konsekuensi dari berbagai penyakit, yang sebagian besar secara langsung mempengaruhi jantung. Meskipun ada banyak penyebab gagal jantung, penyebab umum yang mengakibatkan gagal jantung adalah penyebab yang secara langsung merusak miokardium (misalnya, infark miokardium atau paparan toksin miokard) atau peningkatan paparan pada dinding pembuluh darah (misalnya, hipertensi atau lesi valvular) (Wiley, 2010).

Gagal jantung adalah puncak dari semua kejadian kardiovaskular sebelumnya dan keberhasilan atau kegagalan intervensi yang dilakukan. Gagal jantung adalah efek kumulatif dari semua kelainan di jantung, yang berujung pada gangguan fungsional dari pompa jantung. Setelah pasien mencapai tahap gagal jantung simptomatik, prognosis menjadi buruk (Henein, 2010).

Berdasarkan definisi diatas dapat disimpulkan bahwa gagal jantung adalah kumpulan gejala dimana jantung tidak mampu memompa darah secara maksimal sehingga terjadi penurunan curah jantung yang menyebabkan tidak terpenuhinya suplai oksigen dan nutrient sesuai dengan kebutuhan tubuh.

2.1.2 Klasifikasi Gagal Jantung

Menurut PERKI (2015) klasifikasi gagal jantung berdasarkan kelainan struktur jantung yaitu :

a) Stadium A

Tidak memiliki tanda dan gejala gagal jantung. Tidak memiliki kelainan sktruktur/fungsional jantung. Pada stadium ini seseorang memiliki resiko tinggi berkembang menjadi gagal jantung.

b) Stadium B

Tidak memiliki tanda atau gejala gagal jantung, tetapi terdapat kelainan pada struktur/fungsional jantung yang dapat berkembang menjadi gagal jantung.

c) Stadium C

Terdapat penyakit pada structural/fungsional jantung yang menyebabkan gagal jantung bersifat simtomatik.

d) Stadium D

Terdapat penyakit pada struktural atau fungsi jantung lanjut yang menyebabkan timbulnya gagal jantung yang bermakna. Tanda dan gejala akan tetap muncul saat istirahat walaupun sudah mendapatkan terapi medis yang maksimal.

Klasifikasi gagal jantung berdasarkan kapasitas fungsional (NYHA) yaitu :

a) Kelas I

Dapat melakukan aktivitas fisik sehari-hari tanpa menimbulkan keluhan sesak napas, kelelahan dan palpitasi. Tidak ada batasan dalam melakukan aktivitas fisik sehari-hari.

b) Kelas II

Saat melakukan aktivitas fisik sehari-hari timbul keluhan sesak napas, kelelahan palpitasi, namun saat istirahat keluhan tidak muncul. Dapat melakukan aktivitas fisik ringan.

c) Kelas III

Saat melakukan aktivitas fisik ringan muncul keluhan sesak napas, kelelahan, dan palpitasi, namun keluhan tidak muncul saat istirahat. Terdapat batasan aktivitas fisik yang bermakna.

d) Kelas IV

Saat melakukan aktivitas fisik ringan atau berat menimbulkan keluhan. Saat istirahat keluhan tetap muncul dan keluhan menjadi semakin berat saat melakukan aktivitas fisik apapun.

2.1.3 Etiologi Gagal Jantung

Menurut Arif Muttaqin (2009) gagal jantung dapat disebabkan dari berbagai macam hal yang mengganggu efektivitas dari pompa jantung. Salah satu penyebabnya adalah terdapat gangguan saat pengisian ventrikel seperti stenosis katup atrioventrikularis. Selain itu, beberapa factor pemicu yang dapat menyebabkan terjadinya gagal jantung yaitu :

- a) Infeksi paru dan infeksi sistemis
- b) Emboli paru
- c) Aritmia

Menurut Kruger dan Ludwan (2009) penyebab utama gagal jantung adalah :

- Penyakit jantung koroner (iskemik) / kardiomiopati iskemik
- Penyakit katup jantung
- Kardiomiopati dilatasi,

- hipertensi
- Aritmia akut
- Endokarditis akut
- Perikarditis akut / tamponade jantung
- Miokarditis akut
- Diseksi aorta,
- enyakit extracardiac:
 - penyakit broncho-pulmonal, terutama yang menghasilkan keadaan hipoksia, misalnya, eksaserbasi akut PPOK atau pneumonia berat
 - anemia
 - gagal jantung akibat obat
 - penyakit infeksi (terutama sepsis karena gagal jantung output tinggi)
 - penyakit neuromuskular seperti miopati
 - trauma

2.1.4 Faktor Resiko Gagal Jantung

Menurut Greenberg et al (2010) Faktor resiko gagal jantung yaitu :

- Faktor Risiko Klinis Utama
 - Usia, jenis kelamin laki-laki
 - Hipertensi, LVH
 - Infark miokard
 - Diabetes mellitus
 - Penyakit jantung valvular
 - Obesitas

- Faktor Risiko Klinis Minor
 - Merokok
 - Dislipidemia
 - Pernapasan yang tidak teratur
 - Penyakit ginjal kronis
 - Albuminuria
 - Anemia
 - Faktor risiko makanan
 - Gaya hidup tidak sehat
 - Stres psikologis
- Faktor Resiko Morfologi
 - Peningkatan LVID
 - Disfungsi ventrikel tanpa gejala
 - Disfungsi diastolik LV

2.1.5 Manifestasi Klinis Gagal Jantung

Menurut PERKI (2015) manifestasi klinis gagal jantung dapat dibagi menjadi 2 yaitu :

a) Spesifik

Gejala :

- Cepat lelah
- Toleransi aktivitas yang berkurang
- Ortopnea
- Sesak nafas
- Bengkak di pergelangan kaki
- Sesak di malam hari

Tanda :

- Bising jantung
- Peningkatan JVP
- Suara jantung S3 (gallop)
- Apex jantung bergeser ke lateral
- Reflux hepatojugular

b) Kurang Spesifik

Gejala :

- Nafsu makan menurun
- Berat badan bertambah >2 kg/minggu
- Berat badan menurun drastic
- Batuk di malam hari/dini hari
- Mengi
- Pingsan
- Depresi
- Berdebar
- Perasaan bingung

Tanda :

- Takikardi
- Nadi ireguler
- Nafas cepat
- Kaheksia
- Krepitasi pulmonal
- Suara pekak di basal paru saat perkusi
- Asites

Menurut Marin dan Gracia (2010) manifestasi gagal jantung berdasarkan presentasi klinis dan patofisiologi yaitu :

- Gagal jantung dekompensata akut (dekompensasi dari gagal jantung kronis) dengan tanda dan gejala gagal jantung akut yang ringan dan tidak memenuhi kriteria syok kardiogenik, edema paru, atau krisis hipertensi.
- Gagal jantung akut hipertensi: tanda dan gejala gagal jantung akut disertai dengan tekanan darah tinggi dan fungsi ventrikel kiri yang relatif dipertahankan dan rontgen dada kompatibel dengan edema paru.
- Edema paru (diperiksa dengan sinar-X dada) disertai dengan gangguan pernapasan berat, dengan ronki di paru-paru dan ortopnea, dengan saturasi oksigen biasanya kurang dari 90% pada kamar sebelum perawatan
- Syok kardiogenik: syok kardiogenik dianggap sebagai bukti perfusi jaringan yang buruk yang disebabkan oleh gagal jantung setelah koreksi preload. Syok kardiogenik biasanya ditandai dengan penurunan tekanan darah (tekanan darah sistolik <90 mmHg atau setetes tekanan arteri rata-rata > 30 mmHg) dengan denyut nadi > 60 denyut / menit dengan atau tanpa bukti kongesti organ.
- Kegagalan output tinggi ditandai dengan output jantung yang tinggi, biasanya dengan denyut jantung tinggi, dengan perifer hangat, kongesti paru, dan kadang-kadang dengan tekanan darah rendah seperti syok septik.

2.1.6 Patofisiologi Gagal Jantung

Menurut Lewis et al (2010) patofisiologi gagal jantung data dibagi menjadi 3 yaitu:

- Kerusakan primer

Ketika mempertimbangkan patofisiologi kerusakan jantung primer di gagal jantung, sejauh ini kerusakan primer yang paling umum adalah stenosis arteri koroner, meskipun kehadiran lesi koroner morfologis tanpa adanya konsekuensi fungsional tidak memberikan indikasi untuk intervensi. Kerusakan struktural lain yang dapat diidentifikasi (misalnya, penyakit katup, defek septum, efusi perikardial atau penyempitan) menyebabkan gangguan fungsional layak dipertimbangkan untuk intervensi korektif. Hasil utama dari kerusakan jantung primer ini adalah hilangnya cadangan pemompaan jantung sehingga penurunan fungsi jantung puncak menjadi nyata. Ketika gangguan fungsi jantung berlanjut, maka fungsi jantung yang beristirahat juga menjadi depresi secara nyata. Berdasarkan waktunya, setelah terjadi infark miokardium yang masif, kinerja puncak berkurang secara signifikan sedangkan kinerja jantung dasar saat istirahat berkurang ke tingkat yang lebih kecil.

- Kerusakan sekunder.

Konsep patofisiologis yang paling penting yang mempengaruhi kerusakan sekunder dari pusat gagal jantung pada sistem pengaturan kardiovaskular yang bekerja bersama untuk menjaga tekanan arteri semaksimal mungkin. Setelah onset kegagalan pompa jantung, ada kecenderungan untuk tekanan arteri menurun mirip dengan situasi perdarahan. Penurunan ini dideteksi oleh baroreseptor yang memicu mekanisme

kompensasi oleh vasokonstriksi sistemik, retensi cairan dan stimulasi kinerja jantung untuk aktivasi sistem simpatetik, renin-angiotensin-aldosterone dan vasopressin yang bekerja bersama secara sinergis untuk mengembalikan tekanan darah menuju normalitas. Namun, sudah diketahui bahwa katekolamin, angiotensin dan aldosteron bersifat kardiotoxik. Pada akhirnya akan menciptakan lingkaran setan di mana mekanisme kompensasi yang dipicu oleh gagal jantung pada gilirannya memperburuk gagal jantung, yang kemudian akan membutuhkan tingkat aktivasi kompensasi yang lebih tinggi.

- Kerusakan tersier.

Komplikasi iatrogenik, efek samping dari upaya terapeutik dapat meniadakan manfaat potensial dari intervensi dan jika diabaikan dapat merugikan. Kewaspadaan klinis dan pemantauan ketat dari efek positif dan negatif dari perawatan sangat penting, terutama ketika menangani pasien dengan gagal jantung yang tidak stabil dan berat.

2.1.7 Penatalaksanaan Gagal Jantung

Menurut PERKI (2015) penatalaksanaan pasien gagal jantung dapat dibagi menjadi 2 yaitu :

- a) Farmakologis

Penatalaksanaan secara farmakologis bermanfaat sebagai tindakan preventif dan pencegahan memburuknya gejala. Tindakan ini dimaksudkan untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas pasien.

Adapun obat-obat yang diberikan adalah :

- Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors (ACEI)

ACEI bermanfaat untuk memperbaiki fungsi ventrikel, mengurangi kejadian rawat inap karena memburuknya kondisi dan meningkatkan kualitas hidup pasien. ACEI diberikan hanya padapatient yang memiliki fungsi ginjal baik dan kadar kalium normal.

- Penyekat β

Penyekat β bermanfaat untuk memperbaiki fungsi ventrikel, mengurangi kejadian rawat inap karena memburuknya kondisi dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

- Antagonis Aldosteron

Antagonis aldosterone diberikan pada pasien dengan fraksi ejeksi $\leq 35\%$ dan gagal jantung berat tanpa adanya gangguan fungsi ginjal dan hiperkalemia.

- Angiotensin Receptor Blockers (ARB)

Angiotensin receptor blockers (ARB) diberikan pada pasien dengan fraksi ejeksi ventrikel kiri $\leq 40\%$ dan gagal jantung simtomatik. Angiotensin receptor blockers diberikan bagi pasien yang intoleran terhadap ACEI.

- Hydralazine Dan Isosorbide Dinitrate (H-ISDN)

H-ISDN diberikan pada pasien dengan fraksi ejeksi ventrikel kiri $\leq 40\%$. Obat ini diberikan sebagai pilihan apabila pasien intoleran terhadap ARB dan ACEI.

b) Non farmakologis

- Manajemen perawatan diri

Manajemen perawatan diri adalah tindakan-tindakan yang dilakukan untuk menjaga kestabilan kondisi dan tidak melakukan hal-hal yang dapat membahayakan atau mempeburuk kondisi. Tujuan dari manajemen perawatan diri adalah untuk mengurangi gejala gagal jantung, meningkatkan kapasitas fungsional, meningkatkan prognosis, meningkatkan kualitas hidup dan menurunkan angka mortalitas. Beberapa hal yang termasuk dalam manajemen perawatan diri yaitu ;

- Kepatuhan pasien berobat

Berdasarkan penelitian yang telah ada diketahui hanya sekitar 20%-60% pasien yang patuh untuk berobat. Dengan meningkatnya kepatuhan pasien berobat maka akan menurunkan morbiditas dan mortalitas sehingga meningkatkan kualitas hidup dari pasien.

- Pembatasan cairan

Pembatasan cairan direkomendasikan bagi pasien gagal jantung kelas II b dikarenakan pembatasan cairan yang dilakukan pada pasien gagal jantung ringan hingga sedang tidak memberikan keuntungan klinis. Pembatasan cairan diberikan 1,5 – 2 L/hari bagi pasien dengan gejala berat disertai hiponatremia.

- Memantau berat badan secara mandiri

Pasien harus secara rutin memantau berat badan. Jika terjadi kenaikan sekitar 2 kg selama 3 hari maka pasien harus meningkatkan dosis diuretic sesuai dengan rekomendasi dokter.

- Pengurangan berat badan

Apabila berat badan pasien berada pada posisi obesitas, maka pasien diminta untuk mengurangi berat badannya untuk mengurangi gejala dan meningkatkan kualitas hidup.

- Kehilangan berat badan tanpa rencana

Pada pasien gagal jantung sering ditemui malnutrisi klinis atau subklinis. Hal yang perlu diwaspadai adalah terjadinya kaheksia jantung. Dikatakan terjadi kaheksia jantung apabila berat badan pasien <6% dari berat badan stabil sebelumnya dalam waktu 6 bulan. Kaheksia jantung dapat menurunkan angka kelangsungan hidup bagi pasien gagal jantung.

- Aktivitas fisik

Aktivitas fisik direkomendasikan bagi semua pasien gagal jantung karena akan memberikan dampak yang baik bagi pasien. Aktivitas fisik yang dilakukan di rumah sakit maupun di rumah sama-sama memberikan dampak yang baik.

2.1.8 Komplikasi Gagal Jantung

Menurut Wijaya dan Putri (2013) komplikasi gagal jantung yaitu :

a) Tampomade jantung dan efusi pericardial

Karena jantung tidak mampu memompa darah yang berada di ventrikel ke seluruh tubuh secara maksimal, maka terjadi kebocoran sehingga cairan masuk ke kantung pericardium yang menyebabkan terjadinya efusi pericardial. Efusi pericardial ini akan menyebabkan pericardium dapat merenggang secara maksimal sehingga terjadi aliran balik vena ke jantung yang menyebabkan terjadinya tampomade jantung.

b) Gagal jantung kiri dapat menyebabkan terjadinya efusi pleura.

c) Episode trombolitik

Sebagain besar pasien gagal jantung tidak melakukan aktivitas apapun (imobilitas) dan mengalami gangguan sirkulasi sehingga terbentuk thrombus. Terbentuknya thrombus tersebut dapat menyebabkan penyumbatan pada pembuluh darah.

d) Syok kardiogenik

Syok kardiogenik terjadi karena stadium gagal jantung yang menyebabkan terjadinya penurunan curah jantung sehingga berkurangnya suplai darah ke organ-organ vital seperti otak dan jantung yang menyebabkan terjadinya syok kardiogenik.

2.2 Konsep pengetahuan aktivitas fisik pada pasien gagal jantung

2.2.1 Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari pengindraan (penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa dan peraba) seseorang terhadap suatu obyek. Pengetahuan adalah hasil dari mengingat pengalaman yang telah terjadi baik secara langsung maupun tidak langsung. Hal ini terjadi setelah seseorang melakukan pengamatan terhadap suatu obyek tertentu. Pengetahuan merupakan hal yang penting untuk membentuknya suatu perilaku seseorang. Diketahui bahwa perilaku yang berdasarkan pengetahuan akan bertahan lebih lama dibandingkan tanpa memiliki pengetahuan dikarenakan tanpa pengetahuan seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi.. (Notoadmojo, 2013).

Terdapat enam tingkatan dalam pengetahuan dalam domain kognitif yaitu :

- Tahu

Tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Tahu merupakan mengingat kembali materi yang pernah diterima sebelumnya. Tolak ukur untuk menilai pada tingkat ini adalah seseorang dapat menjelaskan, menyebutkan, mendefinisikan dan sebagainya (Notoadmojo, 2013).

- Memahami

Memahami adalah seseorang tersebut dapat menjelaskan kembali apa yang telah diterima secara rinci dan dapat mengintrepetasi materi tersebut dengan benar. Tolak ukur untuk menilai pada tingkat ini yaitu dapat menjelaskan secara rinci, dapat menginterpretasikan, menyebutkan contoh dan sebagainya (Notoadmojo, 2013).

- Aplikasi
Aplikasi adalah seseorang tersebut dapat menggunakan materi yang telah diterima untuk diterapkan pada keadaan dan situasi yang nyata (Notoadmojo, 2013).
- Analisis
Analisis adalah kemampuan untuk menjelaskan atau menjabarkan suatu obyek ke dalam komponen-komponen tertentu tetapi masih dalam satu kesatuan dan memiliki hubungan antara satu dengan yang lainnya. Tolak ukur untuk menilai tingkat ini adalah dapat membuat bagan (menjabarkan), membedakan, mengelompokkan dan sebagainya (Notoadmojo, 2013).
- Sintesis
Sintesis adalah kemampuan untuk menggabungkan bagan-bagan menjadi satu keseluruhan yang baru. Tolak ukur untuk menilai tingkat ini adalah dapat menyimpulkan, meringkas, menyusun dan sebagainya (Notoadmojo, 2013).
- Evaluasi
Evaluasi adalah kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu objek. Penilaian tersebut dapat ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada (Notoadmojo, 2013).

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan yaitu :

- Usia
Pola pikir dan daya tangkap seseorang akan mengalami peningkatan sesuai dengan bertambahnya usia. Hal ini dikarenakan semakin bertambahnya usia, semakin banyak informasi yang diterima sehingga akan meningkatkan pola pikir dan daya tangkap seseorang.

- Pendidikan

Semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin banyak informasi yang akan diterimanya baik dari orang lain maupun media massa. Namun, tingkat pendidikan bukan merupakan hal yang mutlak dalam mempengaruhi pengetahuan seseorang. Pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh pandangan dari individu tersebut. Apabila memiliki pandangan positif terhadap subyek tertentu maka ia akan mencari informasi lebih banyak sebaliknya jika seseorang berpandangan negative terhadap subyek tertentu maka ia akan kurang tertarik mencari informasi mengenai subyek tertentu.

- Informasi

Seiring dengan berkembangnya zaman, informasi dapat didapatkan secara mudah yaitu melalui media elektronik. Hal ini dapat memberikan perubahan pada tingkat pengetahuan seseorang. Selain itu, informasi juga dapat diperoleh secara formal maupun non formal yang akan memberikan peningkatan pengetahuan.

- Pengalaman

Pengetahuan, keterampilan dan pengambilan keputusan dapat dipengaruhi oleh pengalaman. Pengalaman akan memberikan kita kesempatan menggunakan pengetahuan untuk menyelesaikan masalah yang pernah dialami sebelumnya.

- Lingkungan

Individu akan melakukan interaksi dengan lingkungan sekitarnya. Interaksi ini akan memberikan hubungan timbal balik yang akan direspon oleh individu sebagai pengetahuan. Proses masuknya pengetahuan ke dalam individu dapat dipengaruhi oleh lingkungan sekitarnya.

2.2.2 Aktivitas fisik

Aktivitas fisik adalah kegiatan yang mengeluarkan energi dan merupakan suatu kegiatan yang membutuhkan kegiatan. Aktivitas adalah kegiatan atau gerakan yang dilakukan oleh otot tubuh dan sistem penunjangnya. Otot-otot membutuhkan energi untuk dapat bergerak. Jantung dan paru-paru membutuhkan energy untuk dapat mengantarkan zat-zat gizi dan oksigen ke seluruh tubuh. Jumlah energi yang dibutuhkan berdasarkan seberapa banyak otot bergerak, seberapa berat dan seberapa lama otot bergerak untuk menghasilkan energi.

Manfaat dari aktivitas fisik menurut Tedjasukmana (2010) adalah meningkatkan fungsi jantung, mencegah serangan berulangi, menurunkan mortalitas dan morbiditas, meningkatkan kepercayaan diri, mengurangi stress, dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, menurunkan biaya perawatan dan mencegah rawat ulang terjadi. Menurut Arovah (2012) aktivitas fisik yang dilakukan oleh pasien yang memiliki gangguan jantung ditentukan berdasarkan tingkat kebutuhan pasien dan tingkat kesadaran. Kondisi-kondisi yang dianjurkan untuk tidak melakukan aktivitas fisik adalah gangguan jantung kongestif tidak terkontrol, sinus takikardi ($>120x/menit$), angina tidak stabil, perubahan gelombang ST ($>3mm$), disritmia ventrikel atau atrium yang tidak terkontrol, dan tekanan darah sistolik istirahat $>200mmHg$ atau tekanan diastolic istirahat $>100 mmHg$.

Masyarakat percaya jika pasien gagal jantung melakukan aktivitas fisik akan membahayakan nyawa, memperburuk gejala dan akan semakin mengganggu fungsi jantung. Tetapi, berdasarkan penelitian selama satu dekade terakhir menunjukkan bahwa aktivitas fisik tidak berbahaya dan memberikan

manfaat bagi pasien gagal jantung apabila dilakukan sesuai dengan aturan atau anjuran yang diberikan oleh tenaga kesehatan. Saat ini, aktivitas fisik mejadi terapi yang paling direkomendasikan untuk dilakukan pasien (Fleg et al, 2015) dan dalam panduan *European Society of Cardiology* (ESC) pada tahun 2016 dikatakan bahwa pasien dengan gagal jantung direkomendasikan untuk melakukan aktivitas fisik yang telah dirancang dengan baik (Ponikowsky, 2016).

Aktivitas fisik yang dilakukan oleh pasien gagal jantung diawali dengan pemanasan dan diakhiri dengan pendinginan. Melakukan pemanasan yang baik bermanfaat untuk mempersiapkan jantung dan tubuh untk melakukan aktivitas fisik dan untuk mengurangi kemungkinan untuk memperburuk irama jantung yang tidak teratur ataupun cedera lainnya. Pendinginan membantu untuk mengembalikan tubuh ke keadaan istirahat, mengurangi resiko nyeri otot dan pusing setelah melakukan aktivitas fisik. Pemanasan dan pendinginan dilakukan masing-masing selama 5-10 menit. Melakukan pemanasan dengan berjalan perlahan atau melakukan aktivitas sederhana lainnya dan secara bertahap tingkatkan kecepatan dan usaha sampai merasa siap untuk melakukan aktivitas. Pendinginan dilakukan dengan cara yang berlawanan dengan pemanasan yaitu dengan cara mengurangi upaya sampai benar-benar berhenti (Queensland Health, 2015).

Menurut Queensland Health (2015) pasien gagal jantung dalam melakukan aktivitas fisik menggunakan prinsip yaitu :

a) Frekuensi

Frekuensi adalah berapa kali aktivtas fisik dilakukan selama seminggu. Mulailah denagn perlahan dan tingkat secara bertahap saat merasa badan menjadi lebih baik. Seberapa sering melakukan aktivitas akan

ditentukan berdasarkan seberapa baik keadaan kita. Tetapi sebaiknya aktivitas dilakukan selama beberapa hari dalam seminggu. Konsisten adalah kunci utama dari aktivitas fisik.

b) Intensitas

Intensitas adalah seberapa berat atau intens aktivitas yang dilakukan. Aktivitas fisik yang direkomendasikan bagi pasien gagal jantung adalah aktivitas fisik ringan hingga sedang. Segala sesuatu yang dilakukan secara keras atau kuat akan memberikan tekanan lebih pada jantung. Namun, melakukan aktivitas fisik terlalu ringan atau tidak melakukan aktivitas fisik sama sekali tidak akan cukup untuk menjaga kekuatan jantung kita.

c) Waktu

Waktu adalah jumlah waktu saat melakukan aktivitas fisik. Usahakan untuk melakukan aktivitas fisik sekitar 30 menit atau lebih pada beberapa hari tertentu tetapi tidak setiap hari. Kemampuan seseorang berbeda-beda untuk dapat bisa memenuhi aktivitas fisik selama 30 menit. Terdapat beberapa orang yang dengan mudah melakukan aktivitas fisik selama 30 menit, namun terdapat juga yang membutuhkan waktu sehari-hari, berminggu-berminggu atau berbulan-bulan untuk dapat melakukan aktivitas fisik selama 30 menit. Mulailah secara perlahan-lahan. Perlu diingat bahwa melakukan aktivitas fisik yang sedikit lebih baik daripada tidak melakukan sama sekali.

d) Jenis

Type adalah jenis aktivitas fisik yang dilakukan. Berikut ini beberapa aktivitas fisik yang dapat dilakukan oleh pasien gagal jantung yaitu :

- Aerobik

Aerobik adalah jenis aktivitas fisik yang intensitas atau upaya rendah untuk meningkatkan daya tahan dan kesehatan jantung. Beberapa contoh aktivitas fisik yang termasuk aerobik adalah berjalan, bersepeda, menari, aerobik ringan dalam kelompok kecil dan mendayung.

- Ketahanan

Untuk melakukan aktivitas fisik ketahanan dapat menggunakan beban atau hambatan untuk meningkatkan kekuatan dan daya tahan otot. Beberapa aktivitas fisik yang termasuk ketahanan yaitu beban ringan, dumbel dan latihan berat badan.

- Fleksibilitas

Fleksibilitas dilakukan dengan melakukan peregangan yang berfungsi untuk mempertahankan atau meningkatkan jangkauan gerak. Beberapa aktivitas yang termasuk fleksibilitas adalah peregangan dan latihan rentangan gerak.

- Keseimbangan

Keseimbangan dapat dilakukan dengan menggunakan tugas-tugas yang menantang keseimbangan dan mengurangi risiko terjatuh. Beberapa aktivitas fisik yang termasuk keseimbangan adalah latihan melepar dan menangkap, berdiri dengan satu kaki, tai chi dan yoga.

Klasifikasi intensitas aktivitas fisik :

RENDAH < 3,0 METs	SEDANG 3,0-6,0 METs	TINGGI >6,0 METs
<p>BERJALAN</p> <ol style="list-style-type: none"> Berjalan biasa, <3 mil/jam Berjalan di rumah/ halaman Melihat-lihat di pertokoan Berjalan tanpa tujuan 	<p>BERJALAN</p> <ol style="list-style-type: none"> Berjalan langkah sedang atau cepat 3-4,5 mil/jam Berjalan ke kampus/ tempat kerja Berjalan dengan anjing Berjalan saat istirahat kerja Berjalan turun tangga. 	<p>BERJALAN, JOGGING, LARI</p> <ol style="list-style-type: none"> Jogging atau lari Skipping Mendaki bukit Mendaki gunung Panjat tebing
<p>BERSEPEDA</p> <p>Bersepeda < 5 mil/jam</p>	<p>BERSEPEDA</p> <ol style="list-style-type: none"> Bersepeda 5-9 mil/jam Bersepeda dengan sedikit mendaki 	<p>BERSEPEDA</p> <ol style="list-style-type: none"> Bersepeda > 10 mil/ jam Bersepeda pada ketinggian curam.

<p>AKTIVITAS DI RUMAH & TEMPAT KERJA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci piring 2. Merapikan tempat tidur 3. Menyiapkan makanan 4. Berkebun 5. Memangkas dahan 6. Menyiangi rumput sambil duduk. 7. Menabur benih 8. Duduk bermain video game 9. Duduk sambil membaca, menulis. 	<p>AKTIVITAS DI RUMAH & TEMPAT KERJA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci motor, mobil Membersihkan garasi, kaca 2. Menyapu lantai 3. Menggali tanah, mencangkul 4. Menyiangi rumput sambil berdiri atau membungkuk 5. Menanam pohon 6. Memangkas ranting, pohon 	<p>AKTIVITAS DI RUMAH & TEMPAT KERJA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyekop sesuatu yang berat 2. Menggali selokan 3. Mengangkut sesuatu yang berat
<p>AKTIVITAS WAKTU LUANG & OLAHRAGA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Latihan peregangan dengan pemanasan ringan 2. Bermain tenis meja untuk rekreasi 	<p>AKTIVITAS WAKTU LUANG & OLAHRAGA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Yoga, senam aerobik (<i>low impact</i>) 2. Latihan fisik di air. 3. Bermain tenis meja 	<p>AKTIVITAS WAKTU LUANG & OLAHRAGA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Senam aerobik (<i>high impact</i>) 2. Push up, Pull up 3. <i>Circuit training</i> (latihan beban)

3. Bermain lempar tangkap bola	untuk pertandingan	4. Bermain bola tangan secara tim
4. Berenang mengambang	4. Bulutangkis, bowling, memukulbola kriket	5. Bertanding futsal, sepak bola
5. Duduk memancing	5. Berenang untuk rekreasi	6. Berenang dengan putaran teratur
6. Bermain musik dengan duduk	6. Bermain voli untuk rekreasi	7. Bermain tennis tunggal
	7. Berkuda	

Tabel 2.1 Klasifikasi Aktivitas Fisik

Klasifikasi aktivitas fisik (dalam menit) :

Jumlah aktivitas fisik dalam 1 minggu dihitung dalam menit dan selanjutnya diklasifikasikan sebagai berikut :

- Tingkat aktivitas fisik rendah

Bila jumlah aktivitas fisik yang meningkatkan kesehatan < 150 menit dalam 1 minggu.

- Tingkat aktivitas fisik sedang

Bila jumlah aktivitas fisik yang meningkatkan kesehatan 150 – 300 menit dalam 1 minggu.

- Tingkat aktivitas fisik rendah

Bila jumlah aktivitas fisik yang meningkatkan kesehatan > 300 menit dalam 1 minggu.

2.3 Konsep efikasi diri aktivitas fisik pada pasien gagal jantung

2.3.1 Definisi Efikasi Diri

Efikasi diri didefinisikan sebagai keyakinan bahwa seseorang memiliki kemampuan untuk melakukan tindakan tertentu (Vaughan et al, 2012). Efikasi diri adalah konsep utama dalam teori kognitif sosial yang menekankan pada pembelajaran observasional dan pengalaman sosial dalam pengembangan personalitas. Teori kognitif sosial adalah teori dimana seseorang belajar dengan cara mengamati orang lain, lingkungan, kebiasaan dan segala faktor yang dapat mempengaruhi perilaku orang lain.

Efikasi diri berkaitan dengan penilaian tentang seberapa baik seseorang dapat mengatur dan melaksanakan tindakan yang diperlukan dilakukan untuk menghadapi situasi yang ambigu, tidak dapat diprediksi, dan seringkali menegangkan. Efikasi diri dapat memengaruhi pilihan aktivitas seseorang, seberapa banyak usaha yang seseorang perlu keluarkan dan seberapa lama seseorang akan bertahan dalam menghadapi kesulitan tersebut. Sehingga dapat dikatakan bahwa seseorang dengan efikasi diri yang tinggi akan mendapatkan hasil yang lebih dari dikarenakan memiliki motivasi yang kuat, emosi yang stabil dan tujuan yang jelas dibandingkan dengan seseorang yang memiliki efikasi diri yang rendah akan cenderung lebih cepat menyerah terhadap hambatan yang diterima saat melakukan tugasnya (Vogt L, 2008).

2.3.2 Klasifikasi Efikasi Diri

Menurut Bandura Ghufroon & Risnawita (2010) efikasi diri dapat dibagi menjadi 2 yaitu efikasi diri tinggi dan efikasi diri rendah. Seseorang yang memiliki efikasi diri tinggi akan melaksanakan tugasnya dengan terjun langsung dan tidak menghindari tugas yang sulit sekalipun. Apabila seseorang memiliki efikasi diri

tinggi mengalami kegagalan, maka ia akan menganggap kegagalan tersebut akibat kurangnya usaha yang dilakukan, keterampilan dan pengetahuan. Seseorang yang memiliki efikasi diri yang rendah akan cenderung ragu-ragu dalam mengerjakan tugasnya dan menghindari tugas-tugas yang sulit. Seseorang dengan efikasi diri rendah akan lebih banya memikirkan hambatan-hambatan yang akan dihadapi daripada memikirkan cara untuk menyelesaikannya. Dalam melaksanakan tugasnya, seseorang dengan efikasi diri yang rendah mencoba pun mereka tidak akan bisa tanpa mengetahui kemampuan mereka yang sebenarnya.

Menurut Klompstra (2015) efikasi diri pasien gagal jantung untuk dapat melakukan aktivitas fisik sesuai yang direkomendasikan dibagi menjadi dua yaitu yakin dan tidak yakin. Pasien dikatakan yakin apabila memiliki total nilai ≥ 45 dan dikatakan tidak yakin jika total nilai pasien <45 . Efikasi diri pasien dinilai dari Sembilan situasi yang mempengaruhi seberapa yakin pasien untuk mampu melakukan aktivitas fisik.

2.3.3 Hambatan Efikasi Diri

Efikasi diri digambarkan sebagai mekanisme kognitif yang dapat memediasi perilaku seseorang dan juga dapat mempengaruhi seseorang untuk mampu berpartisipasi dalam berbagai perilaku (Du H et al, 2011). Efikasi diri menentukan jumlah usaha dan tingkat ketekunan seseorang untuk bisa menjadi lebih aktif untuk melakukan aktivitas fisik bahkan jika hambatan terjadi.

Hambatan dalam melakukan aktivitas dapat dibagi menjadi 2 yaitu :

a) Hambatan internal

Kurangnya waktu, takut cedera, kurang pengetahuan, kurangnya disiplin diri atau motivasi dan perubahan status kesehatan.

b) Hambatan eksternal

Hambatan eksternal termasuk pertimbangan lingkungan seperti tidak adanya fasilitas, kemanan, biaya, teman untuk melakukan aktivitas fisik, dan hambatan terkait cuaca.

2.3.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi Efikasi Diri

Menurut Shoufiah dan Noorhidayah (2017) faktor-faktor yang dapat mempengaruhi efikasi diri pada pasien penyakit jantung koroner adalah :

a) Motivasi diri

Berdasarkan hasil penelitian, pasien yang memiliki motivasi tinggi akan memiliki efikasi diri yang tinggi untuk mampu mengubah perilaku mereka menjadi lebih sehat, mempertahankan dan meningkatkan perilaku sehat, mampu mengontrol perilaku sehat dan meningkatkan upaya-upaya yang dilakukan untuk menjadi lebih baik.

b) Proses Afektif

Berdasarkan hasil penelitian, pasien penyakit jantung koroner yang memiliki afektif yang baik akan memiliki efikasi diri yang tinggi karena bagi pasien yang memiliki afektif baik maka ia akan bisa mengontrol stressor yang dapat mempengaruhi kesehatan, mengatasi stressor tersebut dan berani menghadapi hambatan-hambatan dalam melakukan perilaku sehat.

c) Proses Seleksi

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa pasien penyakit jantung koroner yang memiliki kemampuan seleksi lingkungan yang baik akan memiliki efikasi diri tinggi. Pasien yang mampu menentukan pilihan

lingkungannya dengan menentukan perilaku mereka yang dapat meningkatkan perilaku sehat mereka.

d) Pengetahuan

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa pasien penyakit jantung koroner yang memiliki pengetahuan yang lebih baik akan memiliki efikasi yang tinggi dikarenakan pasien telah memiliki informasi yang cukup untuk perilaku sehat yang dapat dilakukan.

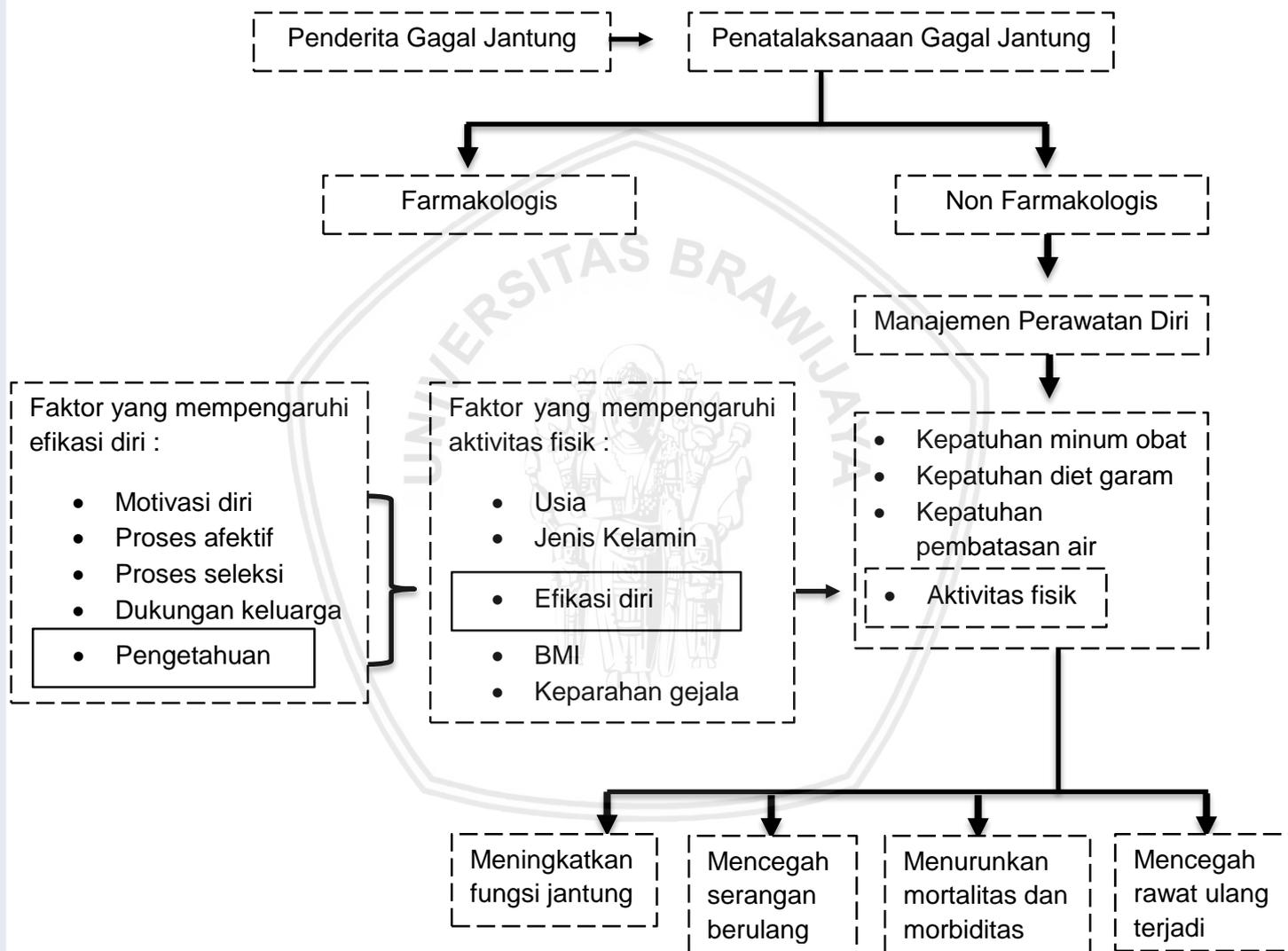
e) Dukungan keluarga

Dukungan keluarga merupakan bentuk dukungan emosional yang dapat diterima oleh pasien penyakit jantung koroner. Dengan memiliki dukungan keluarga yang tinggi maka pasien akan merasakan kehangatan dan keramahan dari keluarga sehingga dapat meningkatkan efikasi diri pasien.

BAB III

KERANGKA KONSEP PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep Penelitian



Ket :

Diteliti

Tidak diteliti



3.2 Penjelasan Kerangka Konsep

Penderita gagal jantung memperoleh terapi farmakologi dan terapi non farmakologi untuk memperbaiki keadaan pasien. Terapi non farmakologi yaitu dengan melakukan perawatan diri secara teratur. Manajemen perawatan diri pasien gagal jantung meliputi kepatuhan minum obat, kepatuhan diet garam, kepatuhan pembatasan air dan aktivitas fisik.

Pasien gagal jantung agar memiliki keyakinan untuk melakukan aktivitas fisik dipengaruhi oleh beberapa factor yaitu motivasi diri, proses afektif, proses seleksi, pengetahuan, dan dukungan keluarga. Setelah yakin, maka pasien gagal jantung akan mulai untuk melakukan aktivitas fisik. Beberapa faktor yang mempengaruhi pasien untuk melakukan aktivitas fisik adalah usia, jenis kelamin, *BMI*, keparahan gejala, tingkat dan efikasi diri.

Diharapkan setelah pasien gagal jantung melakukan aktivitas fisik secara teratur akan memberikan manfaat yaitu dapat meningkatkan fungsi jantung, mencegah serangan berulang terjadi, menurunkan moratlitas dan morbiditas dan mencegah rawat ulang terjadi.

3.3 Hipotesa

H_1 : Terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan aktivitas fisik dengan efikasi diri aktivitas fisik pada pasien gagal jantung.



BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini akan menggunakan desain penelitian observasional dengan pendekatan *Cross Sectional*, dimana metode ini bertujuan untuk melihat hubungan antara variable, dimana obyek penelitian hanya diobservasi sekali dan pengambilan data obyek penelitian dilakukan pada saat yang sama. (Notoatmodjo, 2011).

Peserta penelitian akan dikumpulkan dan peneliti akan membagikan lembar kuesioner kepada peserta penelitian yang berisi mengenai pengetahuan tentang aktivitas fisik dan efikasi diri aktivitas fisik bagi pasien gagal jantung.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah penderita gagal jantung yang berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar Kota Malang dan RSI Aisyiyah Kota Malang selama 3 bulan terakhir dengan jumlah 105 pasien dan dalam keadaan stabil.

4.2.2 Sampel

Sampel pada penelitian ini adalah pasien gagal jantung yang berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar Kota Malang dan RSI Aisyiyah Kota Malang. Pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan rumus Pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan rumus Slovin.

$$n = \frac{N}{1+N(e^2)}$$

Keterangan :

N = jumlah populasi

n = jumlah sampel

e = kelonggaran ketidakefektifan karena kesalahan pengambilan sampel yang ditolerir (e=0,05)

Responden dalam penelitian ini berjumlah 105 responden, jumlah sampel diperoleh dari hitungan sebagai berikut :

$$\begin{aligned} n &= \frac{N}{1+N(e^2)} \\ &= \frac{105}{1+105(0,05^2)} \\ &= 82,8 \Rightarrow 83 \end{aligned}$$

Jadi sampel pada penelitian ini berjumlah 83 pasien gagal jantung yang berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar Kota Malang dan RSI Aisyiyah Kota Malang.

4.2.3 Teknik Sampling

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *consecutive sampling*. Pada *consecutive sampling*, semua subjek yang datang dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi dimasukkan dalam penelitian sampai jumlah subjek yang diperlukan terpenuhi.

4.2.3.1 Kriteria Inklusi Penelitian

1. Pasien yang didiagnosis mengalami gagal jantung setidaknya 6 bulan sebelumnya.
2. Klasifikasi fungsional New York Heart Association (NYHA) kelas I dan II dalam keadaan stabil.
3. Mampu berkomunikasi dengan baik

4.2.3.2 Kriteria Eksklusi Penelitian

1. Pasien gagal jantung dengan morbiditas seperti Diabetes Melitus dengan ulkus, CKD tahap 5, CVA yang tidak mampu ambulasi mandiri.

4.3 Variabel Penelitian

4.3.1 Variabel Bebas (Independent)

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah pengetahuan tentang aktivitas fisik dari pasien gagal jantung.

4.3.2 Variabel Tergantung (Dependent)

Variabel tergantung dalam penelitian ini adalah efikasi diri aktivitas fisik pada pasien gagal jantung.

4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian ini dilaksanakan di instalansi rawat inap penyakit jantung RSSA ruangan 5A dan 5B dikarenakan RSSA Malang dan poli jantung RSI Aisyiyah Kota Malang. RSSA Malang adalah rumah sakit tipe A yang menjadi pusat tempat rujukan seluruh pasien gagal jantung di Kota Malang. Penelitian ini dilakukan selama 3 bulan yaitu dari bulan Januari 2019 – Maret 2019

4.5 Instrumen Penelitian

4.5.1 Alat Penelitian

a) Demografi

Kuesioner ini berisikan tentang data demografi pasien yang meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, lama terdiagnosa dan klasifikasi NYHA.

b) Kuesioner Pengetahuan Aktivitas Fisik

Kuesioner pengetahuan tentang aktivitas fisik bagi pasien gagal jantung ini menggunakan kuesioner pengetahuan yang pertanyaannya diambil dari *Coronary Artery Disease Education Questionnaire (CADE-Q)* dan *Cardiac Rehabilitation Patient Knowledge Pre and Post Test*.

Kuesioner ini terdiri dari 20 pertanyaan mengenai aktivitas fisik bagi pasien gagal jantung untuk mengukur tingkat pengetahuan peserta penelitian. Penilaian kuesioner ini menggunakan skala *guttman*. Setiap pertanyaan akan diberikan 2 pilihan jawaban yaitu benar dan salah. Jika peserta penelitian pada pertanyaan positif memberikan jawaban benar maka akan diberikan nilai 1, jawaban salah akan

diberi nilai 0. Jika pada pertanyaan negative peserta menjawab benar maka akan diberi nilai 0 dan salah akan diberikan nilai 1. Pertanyaan positif berjumlah 11 item dan pertanyaan negatif berjumlah 9 item. Rentang total nilai adalah 0-20. Semakin besar jumlah nilai yang diterima peserta menandakan semakin tinggi pengetahuan peserta mengenai aktivitas fisik. (Chairman, 2015).

c) Kuesioner Self Efficacy Aktivitas Fisik

Exercise Self-Efficacy Questionnaire digunakan untuk menilai efikasi diri aktivitas fisik bagi peserta penelitian. Kuesioner ini terdiri dari sembilan situasi yang mungkin mempengaruhi peserta penelitian dalam melakukan aktivitas fisik. Untuk setiap situasi, peserta akan diberikan pilihan jawaban 0 sampai 10 untuk menggambarkan keyakinan mereka dalam melakukan aktivitas fisik selama 20 menit 3 kali seminggu. Rentang total nilai adalah 0 – 90. Peserta yang memiliki total nilai yang lebih besar menandakan memiliki efikasi diri yang lebih tinggi. (Klompstra et al, 2015).

4.5.2 Uji Validitas dan Realibilitas Instrumen

4.5.2.1 Uji Validitas

Uji validitas akan dilakukan untuk menilai kevaliditasan kuesioner yang akan digunakan. Pada kuesioner pengetahuan aktivitas fisik telah dilakukan validasi. Uji validitas kuesioner pengetahuan dan kuesioner *Exercise Self-Efficacy* dilakukan dengan pengujian teknik *korelasi product moment*. Hasil pengujian validitas untuk kuisisioner

pengetahuan dan kuesioner *Exercise Self-Efficacy* dikatakan valid karena R hitung lebih besar dari R tabel.

4.5.2.2 Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas kuesioner pengetahuan aktivitas fisik telah dilakukan di Indonesia. Uji reabilitas kuesioner pengetahuan dilakukan dengan menggunakan 10 pasien gagal jantung yang dianggap memiliki kesamaan karakteristik dengan sampel (tidak termasuk dalam sampel). Hasil yang didapatkan setelah dilakukan uji *cronbach's alpha* adalah nilai r 0,761 sehingga keusioner ini dinyatakan realibel untuk digunakan. Uji reabilitas untuk kuesioner *Exercise Self-Efficacy* dilakukan dengan pengujian teknik *korelasi product moment*. Hasil yang didapatkan setelah dilakukan uji *cronbach's alpha* adalah nilai r 0,768 sehingga keusioner ini dinyatakan realibel untuk digunakan.

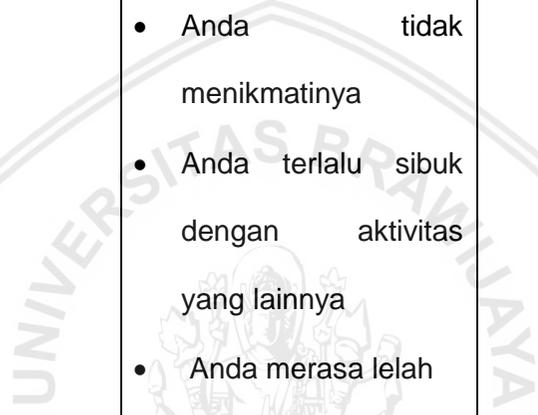
4.6 Definisi Operasional

Tabel 4.6 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Parameter/ Metode pengukuran	Alat ukur	Skala	Hasil Ukur
Variabel Independen : Pengetahuan tentang Aktivitas Fisik	Pengetahuan tentang aktivitas fisik adalah sesuatu yang diketahui dan dipahami oleh pasien gagal jantung mengenai aktivitas fisik	Kuesioner pengetahuan tentang aktivitas fisik meliputi : <ul style="list-style-type: none"> • Pengertian • Manfaat • Indikasi • Cara pelaksanaan • Mengenal tanda dan gejala angina • Tindakan umum 	Menggunakan kuesioner pengetahuan tentang aktivitas fisik yang disusun berdasarkan pertanyaan dari <i>Coronary Artery Disease Education Questionnaire</i>	Interval	Rentang total nilai pengetahuan tentang aktivitas fisik yaitu 0-20 Jika pada pertanyaan positif peserta menjawab benar diberi nilai 1 dan salah 0. Jika pada pernyataan negative peserta menjawab benar maka

	yang dapat dilakukan.	pengecehan	(CADE-Q) dan <i>Cardiac Rehabilitation Patient Knowledge Pre and Post Test</i>		diberi nilai 0 dan salah diberi nilai 1. Semakin besar total nilai maka semakin tinggi pengetahuan peserta.
Variabel Dependen : Efikasi diri aktivitas fisik	Keyakinan yang dimiliki pasien gagal jantung untuk mampu melakukan aktivitas fisik.	Kuesioner <i>Exercise Self-Efficacy Questionnaire</i> terdiri dari 9 situasi untuk mampu melakukan aktivitas fisik. <ul style="list-style-type: none"> • Kondisi cuaca mengganggu Anda • Anda bosan dengan aktivitas yang Anda 	Menggunakan kuesioner <i>Exercise Self-Efficacy Questionnaire</i>	Interval	Rentang total nilai efikasi diri aktivitas fisik adalah 0-90. Semakin besar total nilai maka semakin tinggi efikasi diri pasien.

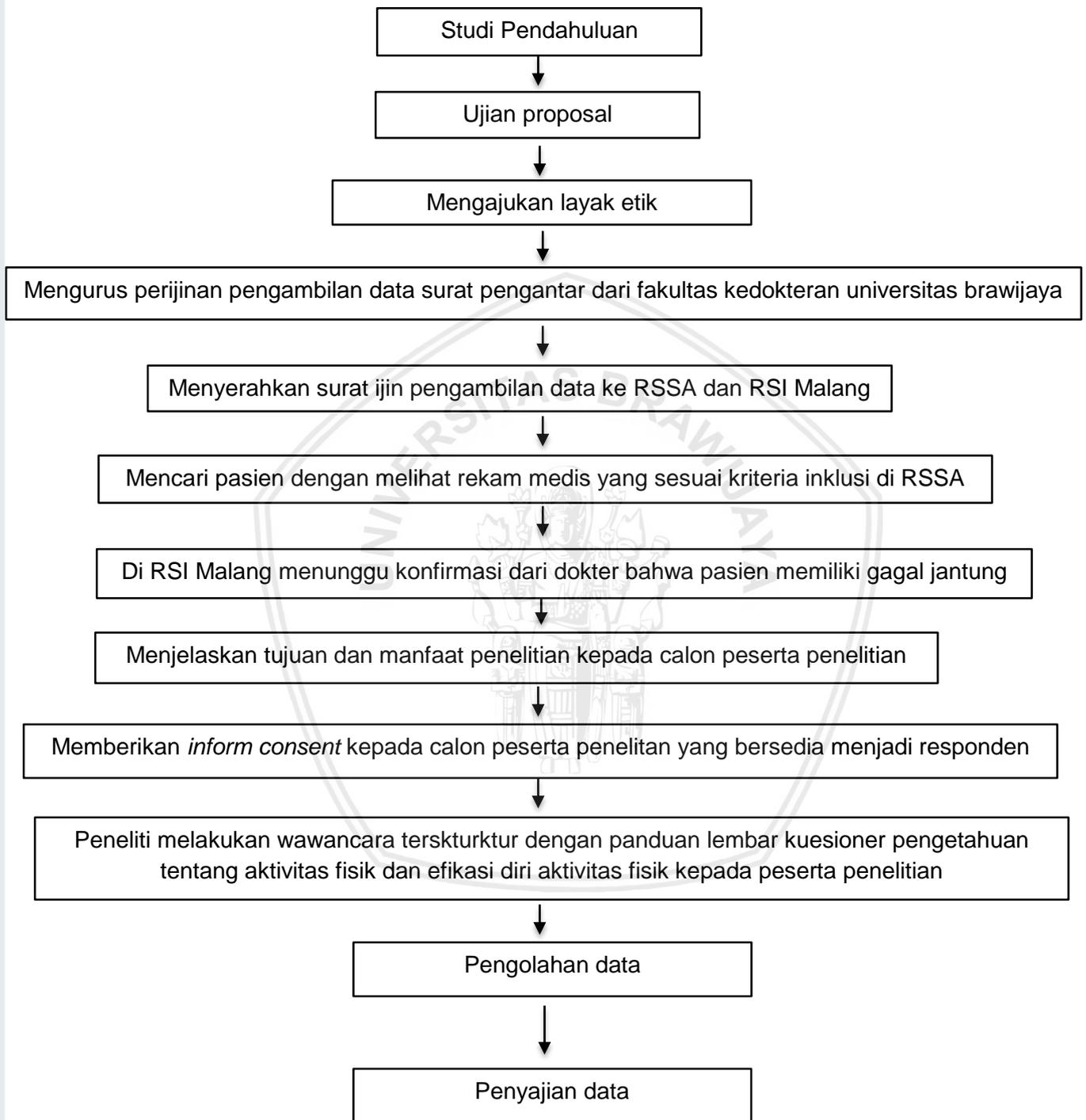
		<p>lakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anda merasa sakit saat berolahraga • Anda harus berolahraga sendirian • Anda tidak menikmatinya • Anda terlalu sibuk dengan aktivitas yang lainnya • Anda merasa lelah • Anda merasa stress • Anda merasa tertekan 			
--	--	---	--	--	--



4.7 Teknik Pengumpulan Data

1. Pengumpulan data dilakukan sesuai waktu yang telah ditentukan.
2. Pengumpulan data di RSUD Dr. Saiful Anwar, peneliti mencari pasien gagal jantung dengan cara melihat rekam medis sesuai kriteria inklusi. Setelah didapatkan responden yang sesuai, peneliti memberikan penjelasan tujuan, manfaat penelitian, dan jaminan kerahasiaan kepada responden. Selanjutnya subyek penelitian diminta ketersediannya menjadi responden dengan mengisi pernyataan persetujuan responden penelitian.
3. Pengumpulan data di poli jantung RSI Aisyiyah Kota Malang, peneliti menunggu pasien yang selesai diperiksa dan telah dikonfirmasi oleh dokter memiliki gagal jantung.
4. Peneliti akan melakukan wawancara terstruktur dengan pedoman dari kuesioner pengetahuan tentang aktivitas fisik dan efikasi diri aktivitas fisik untuk mengukur pengetahuan dan efikasi diri dari peserta penelitian.
5. Peneliti memeriksa kembali hasil kuesioner.

4.8 Alur Penelitian



Gambar 4.8 Alur Penelitian

4.9 Analisa Data

4.9.1 Pre Analisa

Setelah data terkumpul dilakukan pengolahan data melalui pemeriksaan (editing), proses pemberian identitas (coding) dan tabulasi data.

1. Editing

Memeriksa kembali data yang telah terkumpul apakah informasi yang terkumpul telah lengkap, jelas dan mudah dipahami. Jika terdapat kekurangan informasi maka dikonfirmasi kembali untuk memperoleh ketepatan data.

2. Coding

Memberikan kode pada masing-masing lembar observasi sesuai dengan nomor urut responden.

3. Tabulating

Mengelompokkan data yang telah terkumpul berdasarkan jawaban yang sesuai dan memberikan penilain berdasarkan kriteria yang telah ditentukan.

4.9.2 Analisa

Setelah 3 bulan pengumpulan pasien dilakukan analisa yaitu :

1. Univariat

Pada tahap ini dilakukan pengukuran terhadap pengetahuan aktivitas fisik dan efikasi diri aktivitas fisik pada pasien gagal jantung. Untuk penyajian data dibagi menjadi dua yaitu numerik dan kategorik. Variabel yang termasuk data kategorik yaitu usia, jenis

kelamin, status pernikahan, tingkat pendidikan, pekerjaan, lama terdiagnosa dan klasifikasi NYHA. Variabel yang termasuk data numerik yaitu tingkat pengetahuan dan efikasi diri. Data yang terkumpul akan ditampilkan dalam bentuk tabel.

2. Bivariat

Tahap ini digunakan untuk melihat hubungan pengetahuan tentang aktivitas fisik dengan efikasi diri aktivitas fisik pada pasien gagal jantung. Mengidentifikasi hubungan pengetahuan tentang aktivitas fisik dengan efikasi diri pada pasien gagal jantung dilakukan uji statistik parametrik dimana terlebih dahulu data diuji normalitas dengan menggunakan uji *kolmogorov smirnov* dan homogenitas dengan menggunakan uji *Levene* untuk melihat apakah sebaran data termasuk normal dan homogen. Jika sebaran data normal dan homogen maka dapat dilakukan uji statistik *Korelasi Pearson* dimana derajat signifikansi $<0,05$, sehingga bila nilai P-Value $<0,05$ maka dapat disimpulkan terdapat hubungan antara pengetahuan aktivitas fisik dengan efikasi diri aktivitas fisik bagi pasien gagal jantung, namun bila nilai P-value $>0,05$ maka disimpulkan tidak terdapat hubungan antara pengetahuan aktivitas fisik dengan efikasi diri aktivitas fisik bagi pasien gagal jantung.

Jika sebaran data tersebut bersifat tidak normal dan tidak homogen maka akan dilakukan uji statistika non parametric yaitu dengan menggunakan uji statistik *Spearman's Rank Correlation* dimana derajat signifikansi $<0,05$, sehingga bila nilai P-Value $<0,05$ maka dapat disimpulkan terdapat hubungan antara pengetahuan

aktivitas fisik dengan efikasi diri aktivitas fisik bagi pasien gagal jantung, namun bila nilai P-value $>0,05$ maka disimpulkan tidak terdapat hubungan antara pengetahuan aktivitas fisik dengan efikasi diri aktivitas fisik bagi pasien gagal jantung.

4.10 Etika Penelitian

1. Otonomi

Responden berhak untuk memutuskan apakah bersedia menjadi respon atau tidak. Responden juga berhak untuk memustuskan berhenti ditengah penelitian berlangsung.

2. Inform consent

Calon peserta penelitian akan diberikan penjelasan terlebih dahulu mengenai judul penelitian, tujuan penelitian , manfaat penelitian dan prosdur yang akan dilakukan. Setelah calon peserta mengetahui tujuan , manfaat dan prosedur yang akan dilakukan selama penelitian, calon peserta berhak untuk memutuskan apakah bersedia untuk menjadi responden atau tidak. Jika calon peserta setuju akan diberikan lembar persetujuan yang kemudian ditandatangani oleh calon peserta. Jika calon peserta tidak setuju, maka peneliti menghormati keputusan calon peserta dan tidak akan memaksa.

3. Anonymity

Untuk menjaga kerahasiaan identitas responden, peniliti tidak akan mencantumkan nama responden pada saat pengumpulan data.

4. Beneficiency

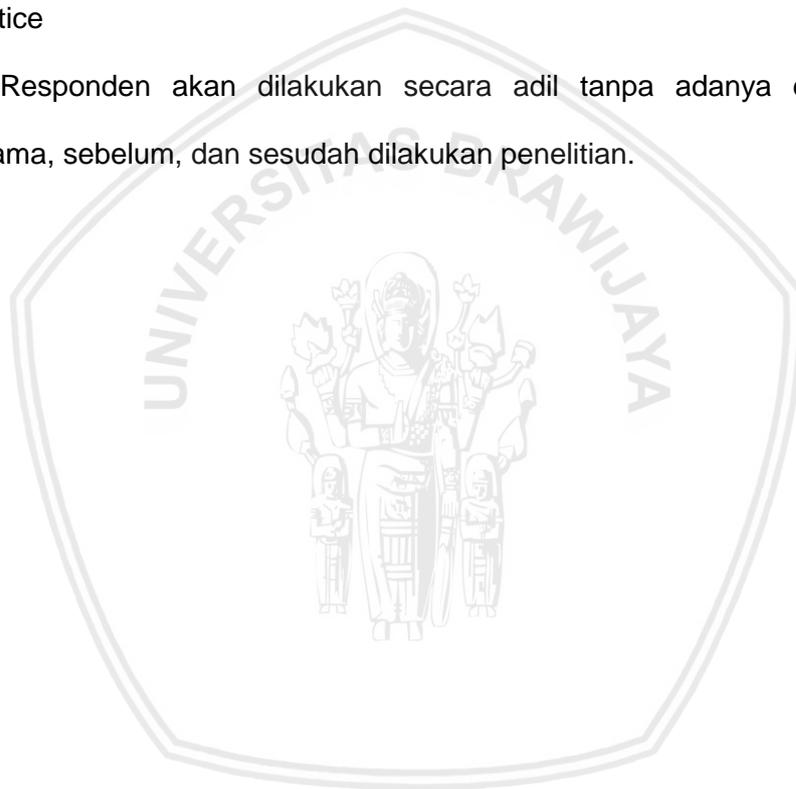
Manfaat yang diperoleh dari penelitian ini adalah pasien gagal jantung lebih mengetahui seberapa penting pengetahuan mengenai aktivitas fisik dan pentingnya efikasi diri untuk dapat melakukan aktivitas fisik.

5. Nonmaleficiency

Penelitian ini tidak akan memberikan efek samping, membahayakan nyawa responden dan menimbulkan kerugian bagi responden.

6. Justice

Responden akan dilakukan secara adil tanpa adanya diskriminasi selama, sebelum, dan sesudah dilakukan penelitian.



BAB V

HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA

Bab ini akan membahas mengenai data hasil penelitian dan analisa data secara deskriptif dan analitik. Penjelasan data secara deskriptif meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan, pekerjaan, NYHA, lama menderita, tingkat pengetahuan mengenai aktivitas fisik dan efikasi diri untuk melakukan aktivitas fisik bagi pasien gagal jantung.

Pada penjelasan analitik, akan membahas hubungan antara tingkat pengetahuan aktivitas fisik dengan efikasi diri aktivitas fisik bagi pasien gagal jantung.

5.1. Analisis Univariat

5.1.1 Karakteristik Demografi

5.1.1.1 Berdasarkan Usia

Penjelasan distribusi data berdasarkan usia akan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi. Hasilnya sebagai berikut :

Tabel 5.1 Distribusi Data berdasarkan Usia

Variabel	Jumlah	Presentase
Remaja Akhir	1	1,2%
Dewasa Akhir	4	4,8%
Usia Pertengahan	32	38,6%
Lanjut Usia	36	43,3%
Lanjut Usia Tua	10	12,0%
Total	83	100%

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa mayoritas responden dalam penelitian ini dalam kelompok lanjut usia sebanyak 36 orang (43,4%).

5.1.1. 2.Karakteristik Demografi Berdasarkan Jenis Kelamin

Penjelasan distribusi data berdasarkan jenis kelamin akan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi. Hasilnya sebagai berikut :

Tabel 5.2 Distribusi Data berdasarkan Jenis Kelamin

Variabel	Jumlah	Presentase
Laki-Laki	54	65,1%
Perempuan	29	34,9%
Total	83	100%

Berdasarkan tabel diatas, diketahui bahwa responden laki-laki dalam penelitian ini berjumlah 54 orang (65,1%) dan jumlah wanita yaitu 29 orang (34,9%).

5.1.1.3.Karakteristik Demografi Berdasarkan Pendidikan

Penjelasan distribusi data berdasarkan pendidikan akan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi. Hasilnya sebagai berikut :

Tabel 5.3 Distribusi Data berdasarkan Pendidikan

Pendidikan	Jumlah	Persentase
SD	18	21,7%
SMP	21	25,3%
SMA	27	32,5%
D3 atau S1 atau S2 atau S3	17	20,5%

Berdasarkan tabel 5.3 diketahui bahwa mayoritas tingkat pendidikan adalah SMA sebanyak 27 orang (32,5%) , berpendidikan SMP sebanyak 21 orang (25,3%), berpendidikan SD sebanyak 18 orang (21,7%), dan berpendidikan D3 atau S1 atau S2 atau S3 sebanyak 17 orang (20,5%).

5.1.1.4. Karakteristik Demografi Berdasarkan Status Pernikahan

Penjelasan distribusi data berdasarkan status pernikahan akan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi. Hasilnya sebagai berikut :

Tabel 5.4 Distribusi Data berdasarkan Pendidikan

Status Pernikahan	Jumlah	Persentase
Menikah	72	86,7%
Belum Menikah	2	2,4%
Janda/Duda	9	10,8%
Total	83	100%

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa sejumlah 72 orang (86,7%) telah menikah, sejumlah 2 orang (2,4%) belum menikah, dan sejumlah 9 orang (10,8%).

5.1.1.5. Karakteristik Demografi Berdasarkan Pekerjaan

Penjelasan distribusi data berdasarkan pekerjaan akan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi. Hasilnya sebagai berikut :

Tabel 5.5 Distribusi Data berdasarkan Pekerjaan

Pekerjaan	Jumlah	Persentase
PNS	4	4,8%
Swasta	25	30,1%
Wiraswasta	7	8,4%
Tidak Bekerja	42	50,6%
Petani	5	6,0%

Berdasarkan Tabel 5.4 diketahui bahwa responden mayoritas tidak bekerja sejumlah 42 orang (50,6%), bekerja sebagai pegawai swasta sejumlah 25 orang (30,1%), bekerja sebagai wiraswasta sejumlah 7 orang (8,4%), bekerja sebagai petani sejumlah 5 orang (6,0%) dan bekerja sebagai PNS sejumlah 4 orang (4,8%).

5.1.1.6. Karakteristik Demografi Berdasarkan Klasifikasi New York Heart Association (NYHA)

Tabel 5.6 Distribusi Data berdasarkan Klasifikasi NYHA

NYHA	Jumlah	Persentase
Kelas 1	9	10,8%
Kelas 2	74	89,2%
Total	83	100%

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa sebanyak 74 orang (89,2%) termasuk kedalam kelas 2 dan sebanyak 9 orang responden (10,8%) termasuk kedalam kelas 1.

5.1.1.7. Karakteristik Demografi Berdasarkan Lama Terdiagnosa Gagal Jantung

Tabel 5.7 Distribusi Data berdasarkan Lama Terdiagnosa Gagal Jantung

Lama Terdiagnosa	Jumlah	Persentase
6 bulan – 1 tahun	21	25,3%
>1 tahun	62	74,7%
Total	83	100%

Berdasarkan tabel diatas diketahui mayoritas responden telah terdiagnosa gagal jantung selama lebih dari 1 tahun sebanyak 62 orang (74,7%) dan sebanyak 21 orang (25,3%) terdiagnosa gagal jantung selama kurun waktu 6 bulan – 1 tahun.

5.1.2. Pengetahuan Aktivitas Fisik Pada Pasien Gagal Jantung yang Berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang

Penjelasan distribusi data mengenai pengetahuan aktivitas fisik pada pasien gagal jantung akan disajikan dalam tabel yang berisi nilai minimal, maksimal, mean, median, standar deviasi dan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

Hasilnya sebagai berikut :

Tabel 5.8 Tingkat Pengetahuan Aktivitas Fisik Pada Pasien Gagal Jantung

Variabel	Min	Max	Mean	Median	SD
Tingkat Pengetahuan	9	20	15,51	17,00	3,532

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa rata-rata skor pengetahuan responden mengenai aktivitas fisik adalah 15,51 dengan nilai media adalah 17,00 dan nilai standar deviasi adalah 3,532. Untuk keseluruhan, nilai terendah yang didapatkan responden adalah 9 dan nilai tertinggi adalah 20.

5.1.3. Efikasi Diri Aktivitas Fisik Pada Pasien Gagal Jantung yang Berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang

Penjelasan distribusi data mengenai efikasi diri aktivitas fisik pada pasien gagal jantung akan disajikan dalam tabel yang berisi nilai minimal, maksimal, mean, median, standar deviasi dan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

Hasilnya sebagai berikut:

Tabel 5.9 Distribusi Data Efikasi Diri Aktivitas Fisik Pada Pasien Gagal Jantung

Variabel	Min	Max	Mean	Median	SD
Efikasi Diri	11	89	46,75	48,00	17,006

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa skor rata-rata efikasi diri responden adalah 45,75 dengan nilai median adalah 48,00 dan nilai standar deviasi adalah 17,00.

5.2. Analisis Bivariat

5.2.1. Analisis Data Hubungan Pengetahuan Aktivitas Fisik dengan Efikasi Diri Aktivitas Fisik Pada Pasien Gagal Jantung yang Berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang

Analisa bivariat yang dilakukan dalam penelitian ini adalah untuk melihat hubungan antara pengetahuan aktivitas fisik dengan efikasi diri aktivitas fisik pada pasien gagal jantung. Pada penelitian ini menggunakan uji statistika paramterik dikarenakan menggunakan skala data interval, sehingga harus terlebih dahulu dilakukan uji normalitas dan uji homogenitas untuk melihat sebaran data. Hasil dari uji normalitas dengan *Kolmogorov Smirnov* yaitu nilai sig α : $0,00 < 0,05$ sehingga distribusi data dinyatakan tidak normal. Kemudian dilakukan juga uji homogenitas dengan uji *levene* didapatkan hasil yaitu nilai sig α : $0,00 < 0,05$ sehingga distribusi data dinyatakan tidak homogen. Berdasarkan hasil uji normalitas dan homogenitas tidak memenuhi syarat untuk dapat menggunakan uji statistika parametrik, sehingga pada penelitian ini menggunakan uji statistika non parametrik yaitu *Spearman Rank Correlation*.

Tabel 5.10 Hubungan Pengetahuan Aktivitas Fisik dengan Efikasi Diri Aktivitas Fisik Pada Pasien Gagal Jantung

		Pengetahuan	Efikasi Diri
Pengetahuan	Korelasi Spearman Rank	1	0.273
	Sig. (2-tailed)		0.013
	N	83	83
Efikasi Diri	Korelasi Spearman Rank	0.273	1
	Sig. (2-tailed)	0.013	
	N	83	83

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa nilai koefisien *spearman rank* bernilai positif yaitu 0,273 yang berarti bahwa semakin tinggi pengetahuan

mengenai aktivitas fisik maka semakin tinggi efikasi diri responden untuk melakukan aktivitas fisik. Nilai korelasi *spearman rank* ini juga menunjukkan bahwa hubungan antara variabel bebas yaitu pengetahuan tentang aktivitas fisik dan variabel terikat yaitu efikasi diri aktivitas fisik memiliki korelasi kategori sedang. Hubungan variabel pengetahuan tentang aktivitas fisik dengan efikasi diri aktivitas fisik memiliki keterikatan yang signifikan karena mempunyai p-value $0,013 < 0,05$ yang artinya terdapat hubungan antara pengetahuan tentang aktivitas fisik dengan efikasi diri aktivitas fisik pada pasien gagal jantung yang berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang.



BAB VI

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan membahas hasil penelitian mengenai tingkat pengetahuan tentang aktivitas fisik bagi pasien gagal jantung, efikasi diri aktivitas fisik bagi pasien gagal jantung dan bagaimana hubungan antara pengetahuan tentang aktivitas fisik dengan efikasi diri aktivitas fisik bagi pasien gagal jantung. Pada bab ini juga akan dibahas mengenai implikasi keperawatan dan keterbatasan dalam penelitian ini.

6.1 Karakteristik Responden

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa interval usia yaitu termuda usia 24 dan tertua usia 81. Mayoritas responden termasuk dalam kelompok lanjut usia (60-74 tahun) sebanyak 36 orang (43,4%). Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Uta Maeda (2012) didapatkan bahwa dari 252 responden, usia termuda yaitu 20 tahun dan usia tertua yaitu 85 tahun dengan nilai mean yaitu 54,25 tahun. Semakin bertambahnya usia maka terjadi penurunan fungsi jantung yang meningkatkan resiko terjadinya penyakit jantung (Harigustian, 2016). Menurut AHA (2012) prevalensi pasien penyakit gagal jantung meningkat pada usia 40 tahun ke atas. Hal ini disebabkan oleh proses penuaan yang meningkatkan terjadinya proses aterosklerosis pada pembuluh darah.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa 54 responden (65,1%) berjenis kelamin laki-laki dan 29 responden (34,9%) berjenis kelamin perempuan. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Dickson (2018) didapatkan bahwa karakteristik responden adalah 71 responden laki-laki (62%) dan 43 responden perempuan (38%). Perempuan beresiko lebih kecil mengalami gagal jantung sebelum mengalami menopause dikarenakan pembuluh

darah perempuan dilindungi oleh hormone estrogen. Hormon estrogen tersebut melindungi pembuluh darah dengan meningkatkan rasio HDL yang dapat mencegah terjadinya atherosclerosis (Soeharto, 2016). Seiring bertambahnya usia, laki-laki beresiko 2x lebih besar untuk menderita gagal jantung daripada perempuan yaitu pada sekitaran usia 55-64 tahun (Pugsley, 2016).

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa 27 responden (32,5%) berpendidikan SMA, 21 responden (25,3%) berpendidikan SMP, 18 responden (21,7%) berpendidikan SD, dan 17 responden (20,5%) berpendidikan D3 atau S1 atau S2 atau S3. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Maulida (2018) didapatkan bahwa responden tertinggi berpendidikan SMP dan SMA yaitu 18 responden (60,0%), berpendidikan perguruan tinggi yaitu 8 responden (26,7%) dan berpendidikan SD yaitu 4 responden (13,3%). Tingkat pendidikan seseorang berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk menerima dan memahami informasi yang nantinya akan dijadikan sebagai landasan dalam melakukan perilaku kesehatan. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka akan semakin mudah untuk menerima dan menyerap informasi yang didapatkan (Agrina, 2011).

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa 72 responden (86,7%) telah menikah, 9 responden (10,8%) janda/duda dan 2 responden (2,4%) belum menikah. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Chien (2014) yaitu 80 responden (72,1%) telah menikah dan 31 responden (27,9%) belum menikah. Perawatan diri selama dirumah dapat dipengaruhi oleh beberapa hal. Menurut Josiane (2013) dukungan pasangan akan memberikan dampak positif bagi perilaku perawatan diri pasien gagal jantung. Kurangnya

dukungan dari pasangan yang diterima pasien gagal jantung secara negatif akan mempengaruhi perawatan diri pasien.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa mayoritas responden sudah tidak bekerja yaitu 42 responden (50,6%). Hal ini dikarenakan rata-rata usia responden dalam penelitian ini adalah 60,86 tahun yang diketahui bahwa pada usia tersebut seseorang sudah pensiun dari pekerjaannya.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa mayoritas klasifikasi NYHA responden adalah kelas 2 yang berjumlah 74 responden (89,2%) dan kelas 1 berjumlah 9 responden (10,8%). Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Harigustian (2016) yaitu pada kelas 2 berjumlah 30 responden (93,75%) dan kelas 3 berjumlah 2 reponden (6,26%). Pada kondisi pasien berdasarkan klasifikasi NYHA kelas 2 yaitu seseorang akan mengalami penurunan fungsi jantung dan penurunan curah jantung. Penurunan curah jantung tersebut menyebabkan respon kompensasi dalam tubuh yang diharapkan mampu untuk memenuhi kebutuhan tubuhnya. Namun, dengan kondisi tersebut akan menyebabkan jantung bekerja lebih keras sehingga jika kompensasi tidak berhasil maka akan masuk pada fase dekompensasi yang menyebabkan fungsi jantung akan semakin buruk (Rampengan, 2012).

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa mayoritas responden telah terdiagnosa gagal jantung selama lebih dari 1 tahun yaitu 62 orang (74,7%). Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Uta Maeda (2012) yaitu rata-rata responden telah menderita gagal jantung yaitu 65,47 bulan (5,5 tahun). Semakin lama seseorang menderita gagal jantung, maka semakin banyak pengalaman yang seseorang dapatkan dalam kehidupan sehari-hari sehingga

diketahui bahwa semakin lama seseorang menderita gagal jantung maka perawatan diri akan semakin baik (Mariyono & Santoso, 2017).

6.2 Pengetahuan tentang Aktivitas Fisik pada Pasien Gagal Jantung yang Berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang

Berdasarkan hasil penelitian dari 83 responden nilai rata-rata pengetahuan pasien tentang aktivitas fisik adalah 15,51. Nilai terendah yang didapatkan responden adalah 9 dan nilai tertinggi yang didapatkan responden adalah 20.

Responden yang berpartisipasi dalam penelitian ini akan dikategorikan menjadi 3 kategori yaitu responden dengan tingkat pengetahuan rendah, sedang dan tinggi. Responden dikatakan memiliki tingkat pengetahuan yang rendah apabila memiliki total skor pada kuesioner pengetahuan yaitu 1-6. Responden dikatakan memiliki tingkat pengetahuan sedang apabila memiliki total skor antara 7-12 dan dikatakan memiliki tingkat pengetahuan tinggi apabila total skor antara 13-20.

Berdasarkan hasil penelitian ini, dari 83 responden apabila dikategorikan berdasarkan tingkat pengetahuannya maka sebanyak 22 responden (26,5%) termasuk dalam kelompok dengan tingkat pengetahuan sedang dan sebanyak 61 responden (73,5%) termasuk dalam kelompok dengan tingkat pengetahuan tinggi. Maka dari penjelasan tersebut dapat dikatakan bahwa dalam penelitian ini mayoritas responden memiliki tingkat pengetahuan tinggi mengenai aktivitas fisik bagi pasien gagal jantung.

Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang telah dilakukan oleh Chairani (2015) bahwa dari 36 responden pasien gagal jantung yang mengikuti penelitian sebanyak 24 responden (66,7%) termasuk dalam kategori yang memiliki tingkat pengetahuan baik (tinggi) dan sebanyak 12 responden (33,3%) termasuk

dalam kategori yang memiliki tingkat pengetahuan kurang baik (rendah). Pengetahuan yang kurang baik dari responden dikarenakan responden tidak menerima edukasi dari tenaga kesehatan mengenai aktivitas yang harus dilakukan dirumah. Pasien yang mendapatkan edukasi dari tenaga kesehatan akan memiliki pengetahuan dan persepsi yang baik mengenai aktivitas fisik, memiliki keyakinan yang tinggi untuk melakukan aktivitas fisik dan memiliki perilaku untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan jantungnya.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Chien (2014) diketahui beberapa faktor yang mempengaruhi pasien gagal jantung untuk melakukan aktivitas fisik. Salah satu faktor yang mempengaruhi yaitu pengetahuan mengenai aktivitas fisik. Hasil penelitian didapatkan bahwa nilai rata-rata responden adalah 6,32 dengan nilai SD yaitu 0,01. Hal ini menyatakan bahwa responden yang memiliki tingkat pengetahuan yang lebih baik memiliki aktivitas fisik yang lebih baik. Ini membuktikan bahwa penting untuk memberikan edukasi kepada pasien gagal jantung selama rawat inap mengenai aktivitas fisik yang dapat dilakukan selama dirumah.

Pada penelitian ini diketahui bahwa rata-rata nilai pengetahuan pasien termasuk kedalam kategori baik. Hal ini dikarenakan mayoritas pasien telah menerima edukasi dari tenaga kesehatan dan juga dipengaruhi oleh faktor lama terdiagnosa gagal jantung. Semakin lama pasien terdiagnosa maka semakin banyak pengalaman yang didapatkan. Pengalaman tersebut dijadikan sebagai salah satu sumber pengetahuan oleh pasien untuk dapat melakukan aktivitas fisik yang baik sesuai dengan kondisi tubuh.

Terdapat perbedaan antara pasien yang baru terdiagnosa gagal jantung selama 8 bulan dan yang paling lama yaitu 40 tahun. Perbedaan lamanya pasien

terdiagnosa gagal jantung juga mempengaruhi tingkat pengetahuan pasien mengenai aktivitas fisik yang harus dilakukan. Pada pasien yang telah terdiagnosa gagal jantung untuk waktu yang lebih lama akan secara aktif mengetahui perubahan yang terjadi pada dirinya saat melakukan aktivitas fisik. Semakin lama pasien terdiagnosa gagal jantung maka semakin banyak pengalaman yang dialami oleh pasien gagal jantung sehingga dari pengalaman tersebut akan meningkatkan pengetahuan dari pasien mengenai aktivitas fisik yang harus dilakukan.

Pemberian edukasi kepada pasien gagal jantung sangat penting dilakukan dikarenakan dengan penambahan informasi yang didapatkan akan menentukan sikap dari pasien gagal jantung. Pemberian informasi yang komprehensif dapat meningkatkan kemampuan fungsional dari tubuh dengan cara mencegah perburukan kondisi, mencegah serangan kembali dan mencegah rawat inap kembali terjadi. Penurunan kondisi dari pasien gagal jantung disebabkan karena pasien tidak mematuhi terapi yang telah dianjurkan seperti tidak patuh minum obat, tidak patuh terhadap diet yang dianjurkan, tidak melakukan atau melakukan aktivitas fisik secara berlebihan. Hal-hal seperti ini terjadi dikarenakan pasien gagal jantung tidak mengetahui atau memahami mengenai terapi yang harus dilakukan setelah keluar dari rumah sakit (Smeltzer & Bare, 2013).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Sethares et al (2018) bahwa dari 492 responden penelitian memiliki tingkat pengetahuan yang rendah yaitu sebesar $34.8\% \pm 19.7$. Hal ini dikarenakan pada penelitian tersebut pasien yang baru terdiagnosa gagal jantung termasuk kedalam salah satu kriteria inklusi penelitian sehingga banyak dari sampel yang merupakan pasien baru yang belum mendapatkan edukasi mengenai aktivitas fisik yang harus dilakukan setelah terdiagnosa gagal jantung.

Pada penelitian Sethares et al (2018) diketahui juga bahwa lama menderita gagal jantung akan mempengaruhi tingkat pengetahuan dari pasien gagal jantung. Pada penelitian ini didapatkan bahwa pasien gagal jantung yang telah terdiagnosa sejak >6 bulan memiliki tingkat pengetahuan yang lebih tinggi (39,4%) dibandingkan dengan pasien gagal jantung yang baru didiagnosa (30,5%).

6.3 Efikasi Diri Aktivitas Fisik pada Pasien Gagal Jantung yang Berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang

Berdasarkan hasil penelitian dari 83 responden nilai rata-rata efikasi diri aktivitas fisik responden adalah 46,75 dengan nilai terendah adalah 11 dan nilai tertinggi yaitu 89. Responden yang berpartisipasi dalam penelitian ini akan dikategorikan menjadi 2 kategori yaitu responden yang yakin untuk dapat melakukan aktivitas fisik dan responden yang tidak yakin untuk dapat melakukan aktivitas fisik. Responden dikatakan yakin untuk melakukan aktivitas fisik apabila memiliki total skor yaitu ≤ 45 . Responden dikatakan tidak yakin untuk melakukan aktivitas fisik apabila memiliki total skor yaitu > 45 .

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Annika et al (2017) dari 79 responden penelitian diketahui bahwa 45 responden (56,9%) memiliki efikasi diri yang tinggi untuk dapat melakukan aktivitas fisik sedangkan 34 responden (43,1%) memiliki efikasi diri rendah untuk dapat melakukan aktivitas fisik.

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan Macabasco et al (2011) diketahui bahwa dari 605 sampel, nilai rata-rata efikasi diri responden adalah 78,3 dengan nilai SD yaitu 14,3. Dalam penelitian ini rentang nilai untuk menilai efikasi diri responden adalah 10-100. Dalam penelitian ini diketahui bahwa responden yang memiliki pengetahuan yang lebih baik memiliki nilai efikasi yang lebih tinggi

yaitu dengan nilai rata-rata sebesar 81 dan nilai SD yaitu 12,9 dibandingkan dengan responden yang memiliki pengetahuan rendah memiliki nilai efikasi yang lebih rendah yaitu nilai rata-rata sebesar 73,7 dan nilai SD yaitu 15,4.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Klompstra et al (2018) diketahui bahwa nilai rata-rata efikasi diri aktivitas fisik adalah 5 dengan nilai $SD \pm 2$. Pada penelitian ini diketahui bahwa efikasi diri aktivitas fisik secara signifikan berkorelasi dengan jumlah aktivitas fisik ($r = 0,46$ dan $P = 0,01$). Hasil ini menunjukkan bahwa untuk meningkatkan aktivitas fisik pada pasien dengan gagal jantung dengan meningkatkan efikasi diri aktivitas fisik.

Pada penelitian ini diketahui bahwa rata-rata efikasi diri pasien sudah termasuk dalam kategori yakin. Hal ini dikarenakan dalam penelitian ini mayoritas pasien telah mendapatkan edukasi dari tenaga kesehatan dan telah terdiagnosa gagal jantung untuk waktu yang lama (lebih dari 1 tahun) sehingga tingkat pengetahuan pasien mengenai aktivitas fisik sudah baik. Dengan tingkat pengetahuan yang baik akan meningkatkan tingkat efikasi diri pasien untuk dapat melakukan aktivitas fisik.

Efikasi diri aktivitas fisik dipandang penting bagi pasien gagal jantung untuk dapat tetap melakukan aktivitas fisik. Untuk meningkatkan aktivitas fisik pada pasien dengan gagal jantung, penting untuk mengetahui seberapa aktif mereka secara fisik, memahami motivasi dan efikasi diri dari pasien gagal jantung (Klompstra, 2016).

Efikasi diri dan pengalaman sebelumnya dalam melakukan aktivitas fisik merupakan faktor yang penting bagi pasien gagal jantung untuk dapat memelihara perilaku tersebut. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh McAuley et al (2017) pasien gagal jantung yang melakukan aktivitas rutin selama 2 tahun (setelah

program rehabilitasi selesai selama 6 bulan) diprediksi memiliki kepatuhan terhadap aktivitas fisik tersebut selama 5 tahun kedepan. Untuk dapat meningkatkan efikasi diri aktivitas fisik dari pasien gagal jantung diperlukan untuk menentukan tujuan dari aktivitas, umpan balik (manfaat yang didapatkan dari aktivitas fisik), mendapatkan edukasi atau informasi mengenai aktivitas fisik yang sebaiknya dilakukan, dan dukungan sosial dari keluarga maupun lingkungan sekitar (Du HY, 2011).

6.4 Hubungan Pengetahuan tentang Aktivitas Fisik dengan Efikasi Diri Aktivitas Fisik pada Pasien Gagal jantung yang Berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang

Pada penelitian ini untuk melihat hubungan diantara 2 variabel menggunakan uji statistika non parametrik yaitu *Spearman Rank Correlation*. Berdasarkan hasil analisa diketahui bahwa nilai koefisien *spearman rank* adalah 0,273 yang memiliki kekuatan hubungan sedang dan memiliki hubungan yang positif yang bermakna jika pengetahuan tentang aktivitas tinggi maka efikasi diri aktivitas fisik juga tinggi.

Berdasarkan hasil analisa menggunakan uji statistika non parametrik *Spearman Rank Correlation* diketahui bahwa kedua variabel memiliki keterikatan yang signifikan karena mempunyai $p\text{-value } 0,013 < 0,05$ yang artinya terdapat hubungan antara pengetahuan tentang aktivitas fisik dengan efikasi diri aktivitas fisik pada pasien gagal jantung yang berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Chien et al (2014) pengetahuan dan efikasi diri merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pasien gagal jantung untuk dapat melakukan aktivitas fisik yaitu dengan nilai rata-

rata pengetahuan tentang aktivitas fisik adalah 6.32 dan nilai rata-rata efikasi diri aktivitas fisik adalah 17.97. Dalam penelitian ini, peserta dengan pengetahuan aktivitas fisik yang lebih baik memiliki aktivitas fisik yang lebih tinggi. Memberikan pengetahuan tentang pentingnya aktivitas fisik diperlukan selama rawat inap. Diketahui bahwa pemberian informasi mengenai aktivitas fisik yang dapat dilakukan dirumah dapat meningkatkan efikasi diri aktivitas fisik bagi pasien gagal jantung. Perawat dapat mengembangkan intervensi pemberian edukasi mengenai aktivitas fisik untuk dapat meningkatkan pengetahuan dan efikasi diri untuk aktivitas fisik bagi pasien gagal jantung.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Klompstra (2016) diketahui bahwa pasien dengan tingkat aktivitas fisik yang tinggi memiliki efikasi diri aktivitas fisik yang lebih tinggi (nilai rata-rata 2 dengan nilai $SD \pm 1$) dan motivasi aktivitas fisik yang lebih tinggi (nilai rata-rata 4 dengan nilai $SD \pm 2$) dibandingkan dengan pasien dengan tingkat aktivitas fisik yang rendah (nilai rata-rata motivasi aktivitas fisik 3 dengan nilai $SD \pm 2$ dan nilai rata-rata efikasi diri aktivitas fisik 1 dengan nilai $SD \pm 1$, nilai $P = 0.01$). Pasien memiliki efikasi diri yang rendah untuk melakukan aktivitas fisik yaitu mengalami semua hambatan potensial untuk dapat menjadi aktif secara fisik. Selanjutnya, penelitian ini menunjukkan bahwa efikasi diri aktivitas fisik memiliki peran dalam menjelaskan hubungan antara motivasi dan aktivitas fisik. Motivasi menurunkan hambatan untuk menjadi lebih aktif secara fisik, yang berarti bahwa motivasi mengarah pada efikasi diri yang lebih tinggi terhadap aktivitas fisik (efek mediasi). Hambatan yang dialami oleh pasien gagal jantung yaitu kurangnya pengetahuan, pertimbangan lingkungan (tidak ada fasilitas terdekat), keselamatan, biaya, teman atau mitra yang tidak tertarik, dan hambatan yang terkait dengan cuaca.

Pada penelitian ini diketahui bahwa nilai rata-rata pengetahuan dan efikasi diri pasien termasuk dalam kategori baik. Hal ini dikarenakan pasien telah mendapatkan edukasi dari tenaga kesehatan mengenai aktivitas fisik yang seharusnya dilakukan. Selain memberikan edukasi, penyampaian informasi juga diikuti dengan bukti nyata sehingga pasien akan merasa yakin dengan informasi yang didapatkan dan pada akhirnya akan meningkatkan efikasi diri pasien untuk dapat melakukan aktivitas fisik tersebut sesuai dengan bukti nyata yang disampaikan. Faktor lain yang mempengaruhi pengetahuan pasien adalah dari lamanya pasien terdiagnosa gagal jantung. Semakin lama pasien terdiagnosa gagal jantung maka akan semakin banyak pengalaman yang didapatkan. Pengalaman tersebut akan memberikan berbagai macam pembelajaran bagi pasien sehingga, pembelajaran tersebut akan dijadikan sebagai salah satu sumber pengetahuan oleh pasien yang pada akhirnya akan meningkatkan efikasi diri pasien untuk melakukan aktivitas fisik sesuai dengan pengalaman yang dirasakan.

Pemberian edukasi dapat menyebabkan terjadinya perubahan nilai dan sikap seseorang sehingga akan meningkatkan keyakinan seseorang untuk dapat mengaplikasikan informasi yang telah diterima dalam kehidupan sehari-hari berdasarkan fakta yang telah diberikan. Pemberian informasi kepada pasien gagal jantung merupakan upaya untuk menurunkan ketidakpatuhan pasien akibat ketidaktahuan dan ketidakmampuan pasien agar dapat memelihara dan meningkatkan status kesehatannya (Domingues et al., 2010).

Berdasarkan teori sosial kognitif yaitu ketika seseorang diberikan informasi dengan bukti nyata, maka seseorang tersebut akan mengubah perilaku berdasarkan bukti yang disampaikan dan berusaha untuk meningkatkan kesehatan (Mertha, 2010). Perubahan perilaku yang terjadi pada seseorang

berdasarkan suatu proses dan berlangsung selama interaksi antar manusia dan lingkungannya. Jika selama proses berlangsung didasarkan pada pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif maka perubahan perilaku tersebut dapat bertahan dengan lama (Notoadmodjo, 2010). Pasien yang diberikan edukasi mengenai aktivitas fisik yang harus dilakukan memiliki pengetahuan, persepsi, keyakinan, sikap dan kepatuhan yang lebih baik dibandingkan dengan pasien yang tidak menerima edukasi akan memiliki persepsi negatif terhadap aktivitas fisik dan tidak yakin untuk melakukan aktivitas fisik dirumah. Pemberian edukasi merupakan alat yang membantu untuk meningkatkan pengetahuan. Jika pengetahuan seseorang akan sesuatu meningkat maka akan terjadi perubahan perilaku yang diawali dengan persepsi positif terhadap informasi yang diterima sehingga meningkatkan keyakinan untuk dapat melakukan hal tersebut sesuai dengan informasi yang diberikan dan terbentuklah perubahan perilaku sehat (Dunlay, 2009).

Teori efikasi diri adalah keyakinan seseorang untuk dapat melakukan perilaku tertentu berdasarkan kemampuan diri sendiri. Efikasi diri merupakan mediator antara pengetahuan dan kepatuhan perilaku. Teori ini sesuai dengan hasil yang didapatkan pada penelitian ini yaitu responden yang memiliki pengetahuan tinggi akan memiliki efikasi diri tinggi. Tingkat efikasi diri aktivitas fisik seseorang akan menentukan pilihan mereka (misalnya, apakah akan berpartisipasi dalam program latihan atau tidak), usaha (berapa banyak usaha yang mereka ingin lakukan) dan pemikiran (misalnya mengapa saya harus berolahraga, apa kegunaan dari latihan dan harus dilanjutkan) (Du HY, 2011). Menurut Santaularia (2013) untuk meningkatkan efikasi diri aktivitas fisik penting untuk menawarkan lebih dari sekadar rehabilitasi jantung di rumah sakit tetapi juga

memberitahukan mengenai program aktivitas fisik (rehabilitasi jantung) di rumah. Untuk meningkatkan efikasi diri dalam mengatasi hambatan, tenaga kesehatan dapat fokus pada perencanaan terperinci seperti kapan, di mana, dan bagaimana aktivitas fisik akan dilakukan dan memberikan instruksi dan upaya penguatan terhadap aktivitas fisik.

6.5 Implikasi Keperawatan

Implikasi penelitian ini terhadap bidang keperawatan adalah sebagai salah satu bukti bahwa pengetahuan dan keyakinan diri pasien gagal jantung mengenai aktivitas fisiknya dirumah akan mempengaruhi bagaimana sikap dari pasien tersebut untuk dapat melakukan aktivitas fisik secara rutin. Perawat diharapkan untuk mengukur tingkat pengetahuan pasien mengenai aktivitas fisik bagi pasien gagal jantung sehingga setelah mengetahuinya perawat dapat memberikan edukasi mengenai aktivitas fisik yang seharusnya pasien gagal jantung lakukan dirumah sesuai dengan kebutuhan pasien (berdasarkan tingkat pengetahuannya). Perawat diharapkan untuk mengukur tingkat efikasi diri pasien untuk dapat melakukan aktivitas fisik sehingga setelah mengetahuinya perawat dapat memberikan konseling kepada pasien gagal jantung mengenai hambatan-hambatan apa saja yang mungkin pasien alami dirumah yang dapat mengganggu kegiatan aktivitas fisik tersebut dilakukan kemudian bersama-sama dengan pasien mencari solusi untuk menghadapi hambatan-hambatan tersebut.

6.6 Keterbatasan Penelitian

- a. Pada penelitian ini didapatkan bahwa sebaran data tidak normal (nilai sig α : $0,00 < 0,05$) dan tidak homogen (nilai sig α : $0,00 < 0,05$) dikarenakan nilai deviasi dari kedua variabel luas. Hal ini dikarenakan dalam pengisian kuesioner banyak keluarga yang mempengaruhi responden dalam memberikan jawaban dan pasien terburu-buru dalam mengisi kuesioner.
- b. Pada saat pengambilan data di RSUD Dr. Saiful Anwar dan poli jantung RSI Aisyiyah Kota Malang, keluarga membantu pasien dalam memberikan jawaban.
- c. Pengambilan data di RSI Aisyiyah Kota Malang dilakukan pada saat setelah pasien melakukan kontrol dengan dokter sehingga beberapa pasien mengisi kuesioner dengan terburu-buru ingin pulang dan terdapat keluarga yang telah menunggu atau menjemput pasien.
- d. Pada saat pengambilan data di RSUD Dr. Saiful Anwar terdapat insiden kebakaran di rumah sakit sehingga terdapat gangguan dalam pengambilan data.
- e. Pada penelitian ini menggunakan metode wawancara terstruktur menggunakan kuesioner sehingga diperlukan penjelasan lebih saat menanyakan pertanyaan kepada responden agar lebih mudah dipahami.

BAB VII

PENUTUP

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai “Hubungan Pengetahuan tentang Aktivitas Fisik dengan Efikasi Diri Aktivitas Fisik Pasien Gagal Jantung yang Berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang” didapatkan kesimpulan sebagai berikut:

1. Karakteristik responden dalam penelitian ini yaitu mayoritas laki-laki, berusia 60-74 tahun, sudah menikah, memiliki mayoritas pendidikan SMA dan tidak bekerja. Responden mayoritas termasuk dalam kelas 2 berdasarkan klasifikasi NYHA dan responden telah menderita gagal jantung selama lebih dari 1 tahun.
2. Rata-rata pengetahuan tentang aktivitas fisik pada pasien gagal jantung yang berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang adalah 15,51, jika dikategorikan termasuk dalam tingkat pengetahuan tinggi.
3. Rata-rata efikasi diri aktivitas fisik pada pasien gagal jantung yang berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang adalah 46,75, jika dikategorikan termasuk dalam efikasi diri tinggi (yakini).
4. Terdapat hubungan positif yang signifikan antara pengetahuan tentang aktivitas fisik dengan efikasi diri aktivitas fisik pada pasien gagal jantung yang berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang.

7.2 Saran

7.2.1 Bagi Sarana Pelayanan Kesehatan

Penyedia layanan kesehatan diharapkan dapat memberikan pedoman mengenai *discharge planning* bagi pasien gagal jantung sehingga pasien akan menerima edukasi dari tenaga kesehatan mengenai aktivitas fisik yang dapat dilakukan di rumah sesuai dengan anjuran tenaga kesehatan. Pelayanan kesehatan diharapkan juga memastikan bahwa indikator pemberian edukasi dalam *discharge planning* pasien telah dilakukan sesuai dengan aturan yang berlaku.

7.2.2 Bagi Tenaga Kesehatan

Perawat dan tenaga kesehatan lain sebagai profesional pemberi asuhan diharapkan dapat berperan aktif untuk mengedukasi pasien mengenai aktivitas fisik yang seharusnya dilakukan di rumah, memberikan konsultasi kepada pasien gagal jantung mengenai hambatan-hambatan yang mungkin dialami dan bersama-sama mencari solusi dari hambatan tersebut sehingga pasien lebih percaya diri dalam melakukan aktivitas fisik sehari-hari.

7.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dalam pengambilan data memberikan jarak antara pasien dan keluarga sehingga keluarga tidak dapat mempengaruhi jawaban dari pasien. Peneliti diharapkan dapat melakukan pengambilan data kuesioner dengan mengunjungi rumah pasien jika dirasa pasien sedang terburu-buru untuk meninggalkan tempat. Diharapkan untuk melihat latar belakang informasi sebelumnya agar terdapat kesamaan informasi yang didapatkan oleh pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Agrina, Rini,S., & Hairitama, R. 2011. *Kepatuhan Lansia Penderita Hipertensi dalam Pemenuhan Diet Hipertensi*. Riau : Universitas Riau.
- Ahmed A, Aronow WS, Fleg JL. *Higher New York Heart Association Classes And Increased Mortality And Hospitalization In Patients With Heart Failure And Preserved Left Ventricular Function*. Am Heart J. 2015 Feb;151(2):444-50.
- Andre N, Dishman RK. *Evidence For The Construct Validity Of Selfmotivation As A Correlate Of Exercise Adherence In French Older Adults*. J Aging Phys Act. 2012;20(2):231–245.
- Arovah. (2010). *Program latihan fisik rehabilitatif pada penderita penyakit jantung*
Diperoleh pada tanggal 24 Agustus 2018 dari
<http://staff.uny.ac.id/sites/default/files/pdf+Arovah+%282010%29+program+latihan+fisik+rehabilitatif+bagi+penderita+gangguan+jantung&cd=1&hl=id&ct=clk&gl=id>
- Arif, Muttaqin., 2009. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular dan hematologi*. Salemba Medika, Jakarta.
- Bosnak-Guclu M, Arikan H, Savci S, Et Al. *Effects Of Inspiratory Muscle Training In Patients With Heart Failure*. Respir Med. 2011;105(11):1671-1681
- Conraads, V. M., Deato, C., Piotrowicz, E., Santaularia, N., Tierney, S., Piepoli, M. F., Pieske, B., Schmid, J. P., Dickstein, K., Ponikowski, P. P., & Jaarsma, T. (2012). *Adherence Of Heart Failure Patient To Exercise: Barriers And Possible Solution A Position Statement Of The Study Group*

On Exercise Training In Heart Failure Of The Heart Failure Association Of The European Society Of Cardiology. European Journal Of Heart Failure, 14(5): 451-458

Derstine, J. B. & Hargrove, S. D. (2010). *Comprehensive Rehabilitation Nursing.* USA: Saunders Company.

Dickson, V. V., Buck, H., & Riegel, B. *A Qualitative Meta Analysis Of Heart Failure Self-Care Practices Among Individuals With Multiple Comorbid Conditions.* Journal Of Cardiac Failure. 2011;17:413-419

Dickson, V. V., Deatrick, J. A., & Riegel, B. *A Typology Of Heart Failure Self-Care Management In Non-Elders.* European Journal Of Cardiovascular Nursing. 2018;7:171-181.

Dickson, V. V., Lee, C. S., & Riegel, B. *How Do Cognitive Function And Knowledge Affect Heart Failure Self-Care?.* Journal Of Mixed Methods Research. 2011;47:888-895.

Dontje ML, Van Der Wal MH, Stolk RP, Et Al. *Daily Physical Activity In Stable Heart Failure Patients.* J Cardiovasc Nurs. 2014;29(3):218–226

Domingues B., Clausell N., Aliti B., Dominguez R., & Rabelo R. 2010. *Education And Telephone Monitoring By Nurses Of Patients With Heart Failure: Randomized Clinical Trial.* SBC: 233-239.

Dunlay, S. M. (2009). *Barriers To Participation In Cardiac Rehabilitation.* American Heart Journal, 8(10).

- Du H, Newton PJ, Salamonson YS, Everett B, Carrieri-Kohlman V & Davidson PM. *A Review Of The 6-Minute Walk Test: Its Implications As A Self Administered Tool*. European Journal Of Cardiovascular Nursing. 2008(8):2–8.
- Du H, Davidson P, Salamonson Y, Everett B, Zecchin R, Rolley J, Newton. *Assessment Of A Self-Administered, Adapted 6-Minute Walk Test*. Journal Of Cardiopulmonary Rehabilitation & Prevention . 2009(30):116–120.
- Du H, Newton P, Zechin R, Dennis R, Salamonson Y, Currow D, Macdonald P, Wilkinson A & Davidson P. *Study Protocol Evaluation Of An Self Monitoring Intervention Of Physical Functional Capacity To Promote Physical Activity And Self-Management In People With Stable Chronic Heart Failure*. 2011.BMC Trials 2, 63.
- Du HuiYun , Bronwyn Everett, Phillip J Newton, Yenna Salamonson and Patricia M Davidson. *Self-Efficacy: A Useful Construct To Promote Physical Activity In People With Stable Chronic Heart Failure*. 2011 Blackwell Publishing Ltd, Journal of Clinical Nursing, 21, 301–310.
- Ghufron dan Risnawita, R.S. 2010. *Teori-teori psikologi*. Yogyakarta: Ar ruzz Media.
- Harigustian, Yayang. 2017. *Gambaran Karakteristik Pasien Gagal Jantung Di Rumah Sakit Pku Muhammadiyah Gamping Sleman*. Yogyakarta: Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

- Harigustian, Yayang. 2017. *Gambaran Karakteristik Pasien Gagal Jantung Di Rumah Sakit Pku Muhammadiyah Gamping Sleman*. Yogyakarta: Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Henein, M.Y, Lindqvist, P., Soderberg, S., Gonzalez, M.C., Tossavainen, E. 2010. *Echocardiography Based Estimation Of Pulmonary Vascular Resistance In Patients With Pulmonary Hypertension: A Simultaneous Doppler Echocardiography And Cardiac Catheterization Study*. Eur J Echocardiogr, 12, 961-6.
- Hui-Chin Chien, Hsing-Mei Chen, MartinGaret, Ruey Hsia Wang. *Predictors of Physical Activity in Patients With Heart Failure A Questionnaire Study*. Journal of Cardiovascular Nursing .2014: Vol. 29, No. 4, 324-331
- Kristen A Sethares , Nancy M Albert , James Bena et al. *Factors Associated With Physical Activity/Exercise Knowledge in Adults With Heart Failure*. 2018;138:A14662
- Leonie Klompstra, Tiny Jaarsma, Anna Strömberg. *Physical Activity In Patients With Heart Failure: Barriers And Motivations With Special Focus On Sex Differences*. 2015:9 1603–1610
- Lewis, Sharon L Et Al. 2010. *Medical Surgical Nursing Volume 1*. United States America : Elsevier Mosby.
- Macabasco-O'Connell Aurelia, Darren A. Kimberly A. Broucksou, Victoria Hawk Et Al. *Relationship Between Literacy, Knowledge, Self-Care Behaviors, And Heart Failure-Related Quality Of Life Among Patients With Heart Failure*. J Gen Intern Med 2011: 26(9):979–86.

- Marin-gracia, J.2010. *Post-Genomic Cardiology*.Elsevier., Oxford. 428
- Maulida, Putri Chunsu. 2018. *Gambaran Tipe Kepribadian Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif Di Rsud Dr. Moewardi Surakarta*. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Mariyono & Santoso. 2017. *Definisi, Klasifikasi, Diagnosis dan Penanganan Gagal Jantung*. RSUP Sanglah, Denpasar.
- Mertha, I. M. 2010. *Pengaruh Latihan Aktivitas Rehabilitasi Jantung Fase I terhadap Efikasi Diri dan Kecemasan Pasien Penyakit Jantung Koroner di RSUP Sanglah Denpasar*. Tesis tidak diterbitkan, Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok.
- Morris K, McAuley E, Motl R. *Neighborhood Satisfaction, Functional Limitations, And Self-Efficacy Influences On Physicalactivity In Older Women*. Int J Behav Nutr Phys Act. 2017;5:13. doi:10.1186/1479-5868-5-13
- Notoadmodjo, S. 2010. Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Chairani, Nabila. 2015. *Hubungan Pengetahuan dengan Tingkat Kepatuhan Pasien Penyakit Kardiovaskular dalam Melaksanakan Latihan Aktivitas Fisik Rehabilitasi Jantung Fase I di RSUP H. Adam Malik Medan*. Fakultas keperawatan universitas sumatera utara
- PERKI. 2015. *Pedoman Tatalaksana Hipertensi pada Penyakit Kardiovaskular*. Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia, Jakarta.

Piepoli MF, Conraads V, Corrà U, Et Al. *Exercise Training In Heart Failure: From Theory To Practice. A Consensus Document Of The Heart Failure Association And The European Association For Cardiovascular Prevention And Rehabilitation*. Eur J Heart Fail. 2011;13(4):347–357.

Piepoli MF, Davos C, Francis DP, Coats AJ; Collaborative E. *Exercise Training Meta-Analysis Of Trials In Patients With Chronic Heart Failure (Extramatch)*. BMJ. 2011;328(7433):189

Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Et Al. 2016. *ESC Guidelines For The Diagnosis And Treatment Of Acute And Chronic Heart Failure*. European Heart Journal 2015: Ehw128.

Pugsley, M.K. 2016. *Cardiac Drug Development Guide*. Springer: New Jersey.

Queensland Health. 2015. *Physical Activity And Heart Failure*. State-Wide Heart Failure Exercise And Rehabilitation Network, With Funding Support From The Physiotherapy Advisory Forum Queensland.

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). 2013. *Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI Tahun 2013*.

Rutledge, T., Reis, V.A., Linke, S.E., Greenberg, B.H. And Mills, P.J. *Depression In Heart Failure, A Meta-Analytic Review Of Prevalence, Intervention Effects, And Associations With Clinical Outcomes*. Journal Of The American College Of Cardiology. 2010:48:1527-37

Vaughan CA, Sacco WP, Wells KJ, Friedman A, Perez S, Matthew R. *Depression In Adults With Type 2 Diabetes: The Role Of Adherence,*

Body Mass Index, And Self-Efficacy. Health Psychol. 2012;24 (6):630–4.

E Pub 2005/11/17

Sari, P., Rampengan, S.H & Panda, S. 2012. *Hubungan Kelas NYHA dengan Fraksi Ejeksi pada Pasien Gagal Jantung Kronik di bBLU/RSUP Prof. dr. r.d. Kandou Manado.* Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi Manado.

Santaularia, N, Conraads, V. M., Deato, C., Piotrowicz, E., Tierney et al. 2013. *Adherence of Heart Failure Patient to Exercise: Barriers and Possible Solution a Position Statement of the Study Group on Exercise Training in Heart Failure of The Heart Failure Association of The European Society of Cardiology.* European Journal of Heart Failure, 14(5): 451-458.

Soeharto, I. 2016. *Penyakit Jantung Koroner dan Serangan Jantung.* Gramedia Pustaka Utama: Jakarta.

Smeltzer S. & Bare G. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah Brunner Dan Suddarth.* Edisi 8 volume 2. Jakarta: EGC

Swank AM, Horton J, Fleg JL, Et Al. *Modest Increase In Peak V " O2 Is Related To Better Clinical Outcomes In Chronic Heart Failure Patients: Results From Heart Failure And A Controlled Trial To Investigate Outcomes Of Exercise Training.* Circ Heart Fail. 2012;5(5):579Y585

Tedjasukmana, D. (2010). Rehabilitasi Jantung. Diakses pada 24 Agustus 2014, dari <http://kesehatan.kompasiana.com>

Uta Maeda, Biing-Jiun Shen, Ernst R. Schwarz, Kristen A. Farrell, Stephen Mallon. *Self-Efficacy Mediates the Associations of Social Support and*

Depression with Treatment Adherence in Heart Failure Patients. Int.J. Behav. Med. 2013;20:88–96

Van Der Wal MH, Van Veldhuisen DJ, Veeger NJ, Rutten FH, Jaarsma T. *Compliance With Non-Pharmacological Recommendations And Outcome In Heart Failure Patients.* Eur Heart J. 2010;31(12):1486–1493

Victoria Vaughan Dickson, Harleah Buck, Barbara Riegel. *Multiple Comorbid Conditions Challenge Heart Failure Self-Care By Decreasing Self-Efficacy.* Nursing Research. 2013;62:(1)2–9

Vogt L, Wieland K, Bach M, Himmelreich H, Banzer W. *Cognitive Status And Ambulatory Rehabilitation Outcome In Geriatric Patients.* J Rehabil Med. 2008;40:876-878.

Wartini, N. W & Mertha. I. M. (2011). *Pendidikan Kesehatan Latihan Rehabilitasi Jantung Terhadap Kepatuhan Melaksanakan Mobilisasi Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner.* Diakses Pada 24 Agustus 2018, Dari [Http://Www.jurnalkeperawatanbali.Com](http://www.jurnalkeperawatanbali.com)

Wijaya, A.S Dan Putri, Y.M. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah 2, Keperawatan Dewasa Teori Dan Contoh Askep.* Yogyakarta : Nuha Medika

Wiley Jhonson, Moller JH. Congestive Heart Failure. Dalam: Pediatric Cardiology The Essential Pocket Guide. Edisi Ke-3. West Sussex: Wiley-Blackwell, 2010.H.315-28

WHO. World Health Statistics 2016: World Health Organization; 2016.

WHO. Heart Failure: World Health Organization; 2014.

LAMPIRAN 1

		<p>RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr SAIFUL ANWAR MALANG Jl. Jaksa agung Suprpto No.2 Malang KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN TERAKREDITASI KARB VERBI 2012 TINGKAT PARIPURNA ☆☆☆☆☆ 24 Februari 2018 s.d. 23 Februari 2018 Jl. Jaksa Agung Suprpto No.2 MALANG 65111 Telp. (0341) 362101, Fax. (0341) 359384 E-mail : staf-rsu-drsaifulanwar@jatimprov.go.id Website : www.rsusaifulanwar.jatimprov.go.id</p>
<p>KETERANGAN KELAIKAN ETIK PELAKSANAAN PENELITIAN</p> <p>("ETHICAL CLEARANCE") No: 400/194/K.3/302 /2018</p>		
<p>KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN RSUD Dr SAIFUL ANWAR MALANG, SETELAH MEMPELAJARI DENGAN SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN, DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN</p>		
<p>JUDUL : PENGEMBANGAN MODEL PERAWATAN MANDIRI DAN DETEKSI DINI KEKAMBUHAN SEBAGAI UPAYA MENURUNKAN ANGKA KEMATIAN PADA PASIEN GAGAL JANTUNG DI MASYARAKAT</p>		
<p>PENELITI UTAMA</p>	<p>: Ns. Mifetika Lukitasari., S.Kep., M.Sc</p>	
<p>PENELITI ANGGOTA</p>	<p>: dr. Mohammad Salfur Rohman., Sp.JP(K),PhD dr. Ardian Rizal., Sp.JP dr. Budi Satrijo., Sp.JP(K) dr. Dwl Adi Nugroho., M.Sc Ns. Ahmad Hasyim Wibisono., M.Kep., M.Ng Ns. Endah Panca LF., M.Kep Ns. Niko Dima Kristianingrum., M.Kep., Sp.Kep.Kom Muhammad Yusuf Wahyudi Nur Hasanah Vitara Daru Rahmi Shabrina Mayang Sukmadowi Made Arny Farlyanti Arifah Nur Wulandari Rara Prastika Wibawa Asmoro Putu Arik Pebritantini Kismatul Hasanah Yullatin Eritia Ekky Wahyuningtyas Cendra Konny Amartasari Fitria Isma Wati</p>	
<p>UNIT / LEMBAGA / TEMPAT PENELITIAN</p> <p>RSUD Dr Saiful Anwar Malang</p>		
<p>DINYATAKAN LAIK ETIK</p>		
<p>MALANG, 01 NOVEMBER 2018</p> <p>a.n KETUA TIM KOMISI ETIK PENELITIAN WAKIL KETUA KOMISI ETIK PENELITIAN</p>  <p>dr. SUSANTO NUGROHO, SP.A (K)</p>		

LAMPIRAN 2



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAHSAKIT UMUM DAERAH Dr. SAIFUL ANWAR
TERAKREDITASI SNARS ED 1 INTERNASIONAL

18 Februari 2018 s.d. 18 Februari 2021
Jl. Jaksu Agung Suprpto No.2 MALANG 65111
Telp. (0341) 362101, Fax. (0341) 369384
E-mail : staf-rsu-drsaifulanwar@jatimprov.go.id
Website : www.rsusaifulanwar.jatimprov.go.id



Nomor : 070 / 0572 / 302 / 2019
Sifat : Blasa
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian
a.n Ns. Mifetika Lukitasari, S.Kep, M.Sc

Malang, 11 JAN 2019
Kepada
Yth. Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Brawijaya
Jl. Veteran
di-
MALANG

Menindaklanjuti surat Saudara nomor : 08478/UN10.F08/TU/2018 tanggal 28 Agustus 2018, perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat menyetujui permohonan dimaksud. Selain itu ada beberapa hal yang perlu kami informasikan sebagai berikut :

1. Peneliti wajib menaati peraturan dan tata tertib yang berlaku di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang yaitu :
 - Memakai jas almamater;
 - Tidak mengenakan pakaian dari bahan jeans dan kaos;
 - Kartu Tanda Pengenal harus selalu dipakai selama kegiatan di RSSA;
 - Mengenakan pakaian yang sopan dan layak pakai;
2. Penelitian bisa dilakukan pada bulan Januari s/d Maret 2019 di Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu RSUD Dr. Saiful Anwar Malang;
3. Menyerahkan pas foto berwarna ukuran 4 x 6 cm sebanyak 1 (satu) lembar untuk pembuatan Kartu Tanda Pengenal;
4. Besaran biaya:
 - Peneliti Utama : Rp. 100.000,-/orang/minggu/satker;
 - Peneliti Kedua dst : Rp. 58.000,-/orang/minggu/satker;
 - Kartu Pengenal : Rp. 30.000,-/orang;
 - Surat Keterangan Selesai Penelitian : Rp. 10.000,-/orang;
5. Laporan hasil penelitian, agar diserahkan ke Bidang Diklit dan satuan kerja yang dituju di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang, sebanyak 2 (dua) expl dan 1 (satu) keping CD.

Adapun untuk pelaksanaan selanjutnya, mohon mahasiswa yang bersangkutan berkoordinasi dengan Bidang Diklit RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

Demikian untuk menjadikan maklum, atas perhatian dan kerjasama Saudara diucapkan terima kasih.

a.n. Direktur RSUD Dr. Saiful Anwar Malang
Wadir. Pendidikan & Pengembangan Profesi



Dr.dr. M.BACHTAR BUDIANTO, Sp.B (K) Onk. FINACS
Pembina Tingkat I
NIP. 19670725 199603 1 003

Tembusan :
Yth. 1. Direktur RSSA (sebagai laporan)



Terakreditasi Tingkat Paripurna ★★★★★



RUMAH SAKIT ISLAM AISYIYAH

Jl. Sulawesi 16 Malang Telp. (0341) 326773 (Hunting) Fax (0341) 368883
 website : <http://rsaisiyah-malang.or.id> | e-mail : rsaisiyah_malang@yahoo.com

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Nomor : RSIA/133/III.6.AU/F/1/2019
 Lamp : -
 Hal : Pemberitahuan

Kepada Yth,
 Dekan
 Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang
 Jurusan Keperawatan
 Up. Kelompok Kajian Penyakit Kardiovaskuler
 Jl. Jaksa Agung Suprpto No.2 Malang

Assalamu'alaikum Warohmatullah Wabarokatuh

Menunjuk surat saudara dari Kemeristekditi Universitas Brawijaya Kelompok Kajian Penyakit Kardiovaskuler nomor: 006/KK-UB/I/2018 tertanggal 27 Desember 2018 perthal pada pokok surat, bersama ini kami beritahukan bahwa pada prinsipnya kami tidak berkeberatan untuk dijadikan tempat untuk penelitian bagi mahasiswa atas nama:

Nama mahasiswa : Ns. Miftetika Lukitasari, S.Kep., M.Sc.
 NIP : 2010038602252001
 Judul Penelitian : "Pengembangan Model Perawatan Mandiri dan Deteksi Dini Kekambuhan Sebagai Upaya Menurunkan Angka Kematian Pada Pascin Gagal Jantung di Masyarakat di Poliklinik Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang".

Demikian yang dapat kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasama yang baik disampaikan terima kasih.

*Billahitauq Wal Hidayah,
 Wassalamu'alaikum Warohmatullah Wabarokatuh*

Malang, 23 Jumadil Awwal 1440H
 29 Januari 2019 M


 Direktur
 Muhammad Mansur, dr., M.Kes.
 NBM. 1.032.863



Layananku Ibadahku

Babat, Bangkalan, Banyuwangi, Blitar, Bojonegara, Gresik, Jember, Jombang, Kalitengah, Kediri,
 Lamongan, Madina, Malang, Nganjuk, Pacitan, Ponorogo, Probolinggo, Slodoljo,
 Surabaja, Surabaya, Trenggalek, Tuban



LAMPIRAN 3**Penyataan Persetujuan untuk Berpartisipasi dalam Penelitian**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa :

1. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar persetujuan di atas dan telah dijelaskan oleh peneliti.
2. Dengan ini saya menyatakan secara sukarela bersedia untuk ikut serta menjadi salah satu subyek penelitian yang berjudul “Hubungan Pengetahuan tentang Aktivitas Fisik dengan Efikasi Diri Aktivitas Fisik pada Pasien Gagal Jantung yang Berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang”

UNIVERSITAS BRAWIJAYA



Peneliti Malang,2018

(Made Army Fariyanti) Yang membuat pernyataan

()

NIM : 155070201111017

Saksi I

Saksi II

()

()

LAMPIRAN 5

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

1. Saya adalah Made Arny Fariyanti mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan dengan ini meminta Bapak/Ibu untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul “Hubungan Pengetahuan tentang Aktivitas Fisik dengan Efikasi Diri Aktivitas Fisik pada Pasien Gagal Jantung”.
2. Tujuan dari penelitian ini untuk menganalisis hubungan antara tingkat pengetahuan tentang aktivitas fisik dengan efikasi diri aktivitas fisik pada pasien gagal jantung. Penelitian ini dapat memberi manfaat terhadap peningkatan pengetahuan tentang aktivitas fisik dan keyakinan untuk melakukan aktivitas fisik. Penelitian ini akan berlangsung selama 3 bulan dengan pasien gagal jantung yang termasuk dalam klasifikasi NYHa yaitu kelas 1 dan 2.
3. Peneliti akan melakukan wawancara dengan calon responden mengenai pengetahuan tentang aktivitas fisik dan keyakinan untuk dapat melakukan aktivitas fisik tersebut. Peneliti hanya akan memulai penelitian pada responden yang merasa tidak keberatan dan terganggu selama berpartisipasi dalam penelitian ini.
4. Keuntungan yang anda peroleh dengan keikutsertaan anda adalah dapat mengetahui aktivitas fisik yang sebaiknya dilakukan dirumah. Jika muncul ketidaknyamanan/kerugian yang Bapak/Ibu rasakan, maka Bapak/Ibu dapat menghubungi peneliti pada nomer berikut : Made Arny Fariyanti (082247728443)
5. Identitas Bapak/Ibu akan tetap dirahasiakan
6. Dalam penelitian ini anda akan mendapatkan kompensasi berupa kotak sebagai tempat anda meletakkan obat.
7. Seandainya Bapak/Ibu tidak menyetujui cara ini maka Bapak/Ibu boleh tidak mengikuti penelitian ini, untuk itu tidak akan dikenai sanksi apapun.

Peneliti

Made Arny Fariyanti
NIM. 155070201111017

LAMPIRAN 6**KARAKTERISTIK DEMOGRAFI**

Petunjuk Pengisian: Berilah tanda (√) pada jawaban yang dipilih.

1. Inisial responden:.....

2. Umur:.....tahun

3. Jenis kelamin:

Laki-Laki

Perempuan

4. Pendidikan :

SD

SMA

SMP

D3/S1/S2

5. Status Pernikahan :

Menikah

Janda/Duda

Belum Menikah

6. Pekerjaan:

PNS

Tidak Bekerja

Swasta

Petani

Wiraswata

7. Lama menderita gagal jantung:

6 bulan sampai 1 tahun

lebih dari 1 tahun

8. Klasifikasi NYHA gagal jantung:

Kelas 1

Kelas 2

LAMPIRAN 7

Kuesioner Pengetahuan Latihan Aktivitas Fisik

Petunjuk: Berilah tanda centang (\checkmark) pada kolom benar dan salah pada jawaban yang menurut anda paling benar dibawah ini.

No	Pernyataan	Benar	Salah
1	Latihan aktivitas fisik adalah bagian pemulihan (rehabilitasi) dari rehabilitasi jantung.		
2	Latihan bermanfaat untuk mengembalikan kemampuan tubuh seperti sebelum mengalami gangguan jantung.		
3	Jika saya melaksanakan latihan dengan baik, maka saya semakin lama dirawat di rumah sakit.		
4	Saya mendapat anjuran dari dokter/ perawat untuk melaksanakan latihan.		
5	Setiap pasien gangguan jantung dapat diberikan latihan yang sama karena memiliki kemampuan fisik dan risiko yang sama.		
6	Saya perlu diawasi oleh dokter, perawat, atau fisioterapis selama latihan berlangsung.		
7	'Uji jalan' dilakukan selama 10 menit sebelum melaksanakan latihan.		
8	'Uji jalan' dilakukan untuk mengkaji kemampuan fisik tubuh dan adanya keluhan yang dirasakan selama berjalan.		
9	Selama dirawat di rumah sakit saya dapat beraktivitas seperti biasa tanpa perlu dibatasi.		
10	Saya menggerakkan tangan dan kaki selama berbaring di tempat tidur pada hari pertama latihan.		
11	Ketika melaksanakan latihan berjalan, saya perlu meningkatkan kecepatan berjalan.		

12	Selama latihan, otot jantung membutuhkan oksigen sama seperti biasanya.		
13	Pemanasan sebelum latihan penting dilakukan karena membantu otot jantung memenuhi kebutuhan oksigen.		
14	Latihan hanya dapat dilaksanakan pada siang dan malam hari karena risiko terbesar serangan jantung terjadi pada pagi hari.		
15	Jika saya mengalami serangan jantung 8 minggu yang lalu, maka saya tetap melanjutkan latihan yang biasa saya lakukan sebelumnya.		
16	Nyeri dada (angina) yaitu sensasi tertekan dan berat yang dirasakan pada dada yang dapat menjalar ke tangan, punggung, leher, dan rahang.		
17	Saya langsung berhenti latihan dan duduk, jika saya merasakan nyeri dada yang hebat (angina) saat latihan berjalan.		
18	Jika saya merasa tidak nyaman pada dada seperti berdebar-debar saat melaksanakan latihan, maka saya berhenti latihan apabila keluhan tidak berkurang.		
19	Cara pendinginan yang baik setelah latihan adalah berhenti latihan dan langsung berbaring di tempat tidur.		
20	Perubahan fungsi tubuh yang diharapkan setelah melaksanakan latihan adalah meningkatnya tekanan darah dan denyut nadi.		

LAMPIRAN 8

Kuesioner Efikasi Diri Aktivitas Fisik

Petunjuk: Berilah tanda lingkaran (O) pada kolom dibawah ini yang menurut anda paling sesuai dengan keyakinan anda untuk dapat melakukan aktivitas fisik.

Seberapa yakin kamu sekarang untuk dapat melakukan aktivitas fisik 3 kali dalam seminggu selama 20 menit jika,

	Tidak Yakin						Yakin				
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Kondisi cuaca mengganggu Anda											
2. Anda bosan dengan aktivitas yang Anda lakukan											
3. Anda merasa sakit saat berolahraga											
4. Anda harus berolahraga sendirian											
5. Anda tidak menikmatinya											
6. Anda terlalu sibuk dengan aktivitas yang lainnya											
7. Anda merasa lelah											
8. Anda merasa stress											
9. Anda merasa tertekan											

LAMPIRAN 9**PERNYATAAN TELAH MELAKSANAKAN *INFORMED CONSENT***

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama : Made Arny Fariyanti

NIM : 155070201111017

Program Studi: Ilmu Keperawatan

Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya,

Menyatakan bahwa saya telah melaksanakan proses pengambilan data penelitian sesuai dengan yang disetujui pembimbing dan telah memperoleh pernyataan kesediaan dan persetujuan dari responden sebagai sumber data.

Mengetahui:

Pembimbing I

Malang, Mei 2019

Yang membuat pernyataan

Dr. Budi Satrijo, SpJP(K)

NIP. 197201052001121007

Made Arny Fariyanti

NIM. 155070201111017

LAMPIRAN 10

Lembar Konsultasi



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN
TUGAS AKHIR

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 213.214; 569117; 567192 - Fax. (62) (0341) 564755
http://fk.ub.ac.id/tugasakhir e-mail : tugasakhir.fk@ub.ac.id

Form TA 04

LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR

Nama : Made Arny Fariyanti
NIM : 195070201111017
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Tugas Akhir : Hubungan Pengetahuan tentang Aktivitas Fisik dengan Efikasi Diri Aktivitas Fisik pada pasien gagal jantung yg berobat dr. RSUD. Dr. Saiful Anwar Kota Malang
Pembimbing I : dr. Budi Satrijo Sp. JP (K)
Pembimbing II : Ns. Ahmad Hasyim Wibisono S. Kep. M. Kep. MN

Tgl	Pembimbing I/II	Topik Pembahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
11-9-18	I	BAB I	Memperbaiki judul fokus ke RSA dan tujuan, manfaat penelitian	
24-9-18	I	Revisi BAB I konsul BAB II	Menambahkan literatur	
5-10-18	I	Revisi BAB II konsul BAB III	Lanjut ke BAB IV	
8-10-18	I	Revisi BAB III konsul BAB IV	Memperbaiki populasi, memperbaiki definisi operasional dan rancangan penelitian	
19-10-18	I	Memastikan BAB I, II, III dan IV	ACC sempro	
5-1-19	I	Konsul 5, 6, 7	memperbaiki / menambahkan teori	
22-4-19	I	Revisian 5, 6, 7	ACC semhas	





KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN
TUGAS AKHIR

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
Telp. (021) 05411 551611 Ext. 213 214, 569117, 567192 - Fax. (021) 05411 564755
http://bk.ub.ac.id/tugasakhir e-mail: tugasakhir@bk.ub.ac.id

Form TA 04

LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR

Nama: Made Army Farlyanti
NIM: 155070201111017
Program Studi: Ilmu Keperawatan
Judul Tugas Akhir: Hubungan Pengetahuan tentang Aktivitas Fisik dengan Efikasi Diri Aktivitas Fisik pada pasien gagal jantung yang dirawat di RSUD Dr. Saiful Anwar Kota Malang

Pembimbing I: dr. Budi Satrio, Sp.JP(K)
Pembimbing II: NS Ahmad Hasyim, W. S. Kep. M. Kep.

Tgl	Pembimbing I / II	Topik Pembahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
3-9-18	II	Konsul BAB I	menambahkan jurnal mengenai Efikasi diri untuk mempertajam masalah	
5-9-18	II	Revisi BAB I konsul BAB II	menambahkan faktor resiko dan patofisi gagal jantung. Menambahkan faktor @ efikasi diri pd penyakit jantung	
17-9-18	II	Revisi BAB II konsul BAB III	Tambahkan manfaat aktivitas fisik bagi pasien gagal jantung	
29-9-18	II	Revisi BAB III konsul IV	Penambahan pada kriteria inklusi dan eksklusi. Perbaiki teknik pengambilan data dan alur	
23-10-18	II	Memastikan BAB I, II, III dan IV	ACC sempur	
5-04-19	II	Konsul bab 5, 6, 7	BAB 5: semua menjadi kategorik BAB 6: tambah teori mengenai pengetahuan dan efikasi	
8-04-19	II	Revision 5, 6, 7	Abstrak: kalimat awal kurang memperhatikan masalah	
11-04-19	II	konsul abstrak, manuskrip, lampiran	ACC semhas	



LAMPIRAN 11

Uji Validitas Kuesioner Pengetahuan tentang Aktivitas Fisik

		Correlations																				penget
		x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	x9	x1	x2	ahuan									
x1	Pears on Correlation Sig. (2-tailed) N	1	,147	,000	,054	,054	,147	,147	,000	,957	1,000	-,147	-,000	1,000	-,147	-,113	,913	,868	,914	,957	,913	,804**
x2	Pears on Correlation Sig. (2-tailed) N	-,147	1	,147	,937	,937	1,000	1,000	-,147	-,147	-,147	1,000	,937	-,147	1,000	,929	-,101	-,000	-,000	-,147	-,134	,563**
x3	Pears on Correlation Sig. (2-tailed) N	1,000	-,147	1	-,054	-,054	-,147	-,147	1,000	,957	1,000	-,147	-,000	1,000	-,147	-,113	,913	,868	,914	,957	,913	,804**
x4	Pears on Correlation Sig. (2-tailed) N	-,054	,937	-,054	1	,000	,937	,937	-,054	-,044	-,054	,937	,754	-,054	,937	,700	-,033	-,063	-,050	-,044	-,033	,513**

x10	Pears	1,0	-	1,0	-	-	-	-	1,0	,95	-	-	1,0	-	-	,9	,8	,9	,95	,9	,804**	
	on	00'	,14	00'	,05	,05	,14	,14	00'	7"	1	,14	,0	00'	,14	,1	13	68	14	13		
	Correl		7		4	4	7	7			7	54		7	37				7"			
	ation																					
	Sig.	,00	,18	,00	,63	,63	,18	,18	,00	,00	,18	,6	,00	,18	,2	,0	,0	,0	,00	,0		,00
(2-	0	4	0	0	0	4	4	0	0	4	30	0	4	18	00	00	00	0	00	00		
tailed)																						
N		83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	
x11	Pears	-	1,0	-	,93	,93	1,0	1,0	-	-	-	,9	-	1,0	,9	-	-	-	-	-	,563**	
	on	,14	00'	,14	,7"	,7"	00'	00'	,14	,14	,14	1	37	,14	00'	29	,1	,0	,0	,14		,1
	Correl	7		7	7"	7"			7	1	7			7			34	28	38	1		34
	ation																					
	Sig.	,18	,00	,18	,00	,00	,00	,00	,18	,20	,18	,0	,18	,00	,0	,2	,7	,7	,20	,2		,2
(2-	4	0	4	0	0	0	0	4	4	4	00	4	0	00	26	99	32	4	26	4	26	
tailed)																						
N		83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	
x12	Pears	-	,93	-	,87	,87	,93	,93	-	-	-	,93	-	,93	,8	-	,0	,0	-	-	,513**	
	on	,05	,7"	,05	,5"	,5"	,7"	,7"	,05	,04	,05	,93	1	,05	,93	70	,0	,0	,04	,0		
	Correl	4		4	5"	5"	7"	7"	4	4	4	7"		4	7"		33	63	50	4		33
	ation																					
	Sig.	,63	,00	,63	,00	,00	,00	,00	,63	,69	,63	,00	,63	,00	,0	,7	,5	,6	,69	,7		,7
(2-	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	00	66	72	54	5	66		
tailed)																						
N		83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	
x13	Pears	1,0	-	1,0	-	-	-	-	1,0	,95	1,0	-	-	-	-	,9	,8	,9	,95	,9	,804**	
	on	00'	,14	00'	,05	,05	,14	,14	00'	7"	00'	,14	,0	1	,14	,1	13	68	14	13		
	Correl		7		4	4	7	7			7	54		7	37				7"			
	ation																					
	Sig.	,00	,18	,00	,63	,63	,18	,18	,00	,00	,00	,18	,6	,18	,2	,0	,0	,0	,00	,0		,00
(2-	0	4	0	0	0	4	4	0	0	0	4	30	4	18	00	00	00	0	00	00		
tailed)																						
N		83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	
x14	Pears	-	1,0	-	,93	,93	1,0	1,0	-	-	-	1,0	,9	-	,9	-	-	-	-	-	,563**	
	on	,14	00'	,14	,7"	,7"	00'	00'	,14	,14	,14	00'	37	,14	1	29	,1	,0	,0	,14		,1
	Correl	7		7	7"	7"			7	1	7			7			34	28	38	1		34
	ation																					
	Sig.	,18	,00	,18	,00	,00	,00	,00	,18	,20	,18	,00	,0	,18	,0	,2	,7	,7	,20	,2		,2
(2-	4	0	4	0	0	0	0	4	4	4	0	00	4	00	26	99	32	4	26	4	26	
tailed)																						
N		83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	

Uji Validitas Kuesioner Efikasi Diri Aktivitas Fisik

		Correlations									efikasi diri
		y1	y2	y3	y4	y5	y6	y7	y8	y9	
y1	Pearson Correlation	1	,062	,399**	,293**	,119	,314**	,347**	,190	,279*	,587**
	Sig. (2-tailed)		,577	,000	,007	,285	,004	,001	,085	,011	,000
	N	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83
y2	Pearson Correlation	,062	1	,245*	,531**	,530**	,226*	,408**	,483**	,525**	,645**
	Sig. (2-tailed)	,577		,025	,000	,000	,040	,000	,000	,000	,000
	N	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83
y3	Pearson Correlation	,399**	,245*	1	,261*	,374**	,398**	,456**	,419**	,245*	,602**
	Sig. (2-tailed)	,000	,025		,017	,000	,000	,000	,000	,026	,000
	N	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83
y4	Pearson Correlation	,293**	,531**	,261*	1	,471**	,203	,661**	,613**	,998**	,842**
	Sig. (2-tailed)	,007	,000	,017		,000	,065	,000	,000	,000	,000
	N	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83
y5	Pearson Correlation	,119	,530**	,374**	,471**	1	,277*	,496**	,587**	,459**	,683**
	Sig. (2-tailed)	,285	,000	,000	,000		,011	,000	,000	,000	,000
	N	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83
y6	Pearson Correlation	,314**	,226*	,398**	,203	,277*	1	,218*	,137	,190	,544**
	Sig. (2-tailed)	,004	,040	,000	,065	,011		,048	,217	,085	,000
	N	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83
y7	Pearson Correlation	,347**	,408**	,456**	,661**	,496**	,218*	1	,699**	,648**	,822**
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,000	,000	,000	,048		,000	,000	,000
	N	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83
y8	Pearson Correlation	,190	,483**	,419**	,613**	,587**	,137	,699**	1	,601**	,777**
	Sig. (2-tailed)	,085	,000	,000	,000	,000	,217	,000		,000	,000
	N	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83
y9	Pearson Correlation	,279*	,525**	,245*	,998**	,459**	,190	,648**	,601**	1	,829**
	Sig. (2-tailed)	,011	,000	,026	,000	,000	,085	,000	,000		,000
	N	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83

N		83	83	83	83	83	83	83	83	83	83
efikasi diri	Pearson	,487**	,645**	,602**	,842**	,683**	,444**	,822**	,777**	,829**	1
	Correlation										
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
N		83	83	83	83	83	83	83	83	83	83

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Uji Reabilitas Kuesioner Pengetahuan tentang Aktivitas Fisik

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	83	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	83	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,761	20

Uji Reabilitas Kuesioner Efikasi Diri Aktivitas Fisik

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	83	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	83	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,768	10

LAMPIRAN 12

Statistik Deskriptif Demografi

Statistics

Usia

N	Valid	83
	Missing	0
Mean		60.86
Median		60.00
Std. Deviation		10.629
Minimum		24
Maximum		81

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	L	54	65.1	65.1	65.1
	P	29	34.9	34.9	100.0
	Total	83	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	18	21.7	21.7	21.7
	SMP	21	25.3	25.3	47.0
	SMA	27	32.5	32.5	79.5
	D3 atau S1 atau S2 atau S3	17	20.5	20.5	100.0
	Total	83	100.0	100.0	

Status_Pernikahan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menikah	72	86.7	86.7	86.7
	Belum menikah	2	2.4	2.4	89.2
	Janda atau Duda	9	10.8	10.8	100.0
	Total	83	100.0	100.0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PNS	4	4.8	4.8	4.8
	swasta	25	30.1	30.1	34.9
	wiraswasta	7	8.4	8.4	43.4
	tidak bekerja	42	50.6	50.6	94.0
	petani	5	6.0	6.0	100.0
	Total	83	100.0	100.0	

NYHA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kelas 1	9	10.8	10.8	10.8
	Kelas 2	74	89.2	89.2	100.0
	Total	83	100.0	100.0	

Lama terdiagnosa

N	Valid	83
	Missing	0
Mean		70.22
Median		36.00
Std. Deviation		87.839
Minimum		8
Maximum		480

Statistik Deskriptif Pengetahuan

Statistics

pengetahuan

N	Valid	83
	Missing	0
Mean		15.51
Median		17.00
Std. Deviation		3.532
Minimum		9
Maximum		20

Kelompok_pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	7-12	22	26.5	26.5	26.5
	13-20	61	73.5	73.5	100.0
	Total	83	100.0	100.0	

Statistik Deskriptif Efikasi Diri

Statistics

Efikasi diri

N	Valid	83
	Missing	0
Mean		46.75
Median		48.00
Std. Deviation		17.006
Minimum		11
Maximum		89

Kelompok_Efikasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<45	24	28.9	28.9	28.9
	>45	59	71.1	71.1	100.0
	Total	83	100.0	100.0	

LAMPIRAN 13**Uji Normalitas Kuesioner Pengetahuan tentang Aktivitas Fisik****ANOVA**

Pengetahuan

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1104.107	30	36.804	3.758	.000
Within Groups	509.314	52	9.795		
Total	1613.422	82			

Uji Normalitas Kuesioner Efikasi Diri Aktivitas Fisik**ANOVA**

Efikasi diri

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	9691.354	4	2422.839	13.475	.000
Within Groups	14024.332	78	179.799		
Total	23715.687	82			

Uji Homogenitas Kuesioner Pengetahuan tentang Aktivitas Fisik**Test of Homogeneity of Variances**

pengetahuan

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
4.433	19	52	.000

Uji Homogenitas Kuesioner Efikasi Diri Aktivitas Fisik**Test of Homogeneity of Variances**

efikasi diri

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1.802	4	78	.137

LAMPIRAN 14**Hasil Uji Deskriptif**

Statistics

pengetahuan

N	Valid	83
	Missing	0
Mean		15.51
Median		17.00
Std. Deviation		3.532
Minimum		9
Maximum		20

Statistics

Efikasi diri

N	Valid	83
	Missing	0
Mean		46.75
Median		48.00
Std. Deviation		17.006
Minimum		11
Maximum		89

LAMPIRAN 15**Hasil Uji Korelasi *Spearman Rank*****Correlations**

			pengetahuan	efikasi diri
Spearman's rho	pengetahuan	Correlation Coefficient	1.000	.273*
		Sig. (2-tailed)	.	.013
		N	83	83
	efikasi diri	Correlation Coefficient	.273*	1.000
		Sig. (2-tailed)	.013	.
		N	83	83

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

LAMPIRAN 16

Uji Normalitas Pasien RSSA

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Unstandardized Residual
N		47
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	.0000000
	Std. Deviation	12.24849834
Most Extreme Differences	Absolute	.173
	Positive	.173
	Negative	-.144
Test Statistic		.173
Asymp. Sig. (2-tailed)		.001 ^c

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c. Lilliefors Significance Correction.

Uji Normalitas Pasien RSI

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Unstandardized Residual
N		36
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	.0000000
	Std. Deviation	16.08229465
Most Extreme Differences	Absolute	.110
	Positive	.060
	Negative	-.110
Test Statistic		.110
Asymp. Sig. (2-tailed)		.200 ^{c,d}

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c. Lilliefors Significance Correction.

d. This is a lower bound of the true significance.

Uji Homogenitas Pasien RSSA

Test of Homogeneity of Variances

Efikasi_RSSA

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1.386	7	38	.240

Uji Homogenitas Pasien RSI

Test of Homogeneity of Variances

Efikasi_RSI

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2.002	5	27	.110

Pengetahuan Pasien RSSA

Statistics

Pengetahuan_RSSA

N	Valid	47
	Missing	0
Mean		15.81
Median		17.00
Std. Deviation		3.167
Minimum		9
Maximum		19



Pengetahuan Pasien RSI

Statistics

Pengetahuan_RSI

N	Valid	36
	Missing	11
Mean		15.28
Median		17.00
Std. Deviation		3.829
Minimum		9
Maximum		20

Efikasi Diri Pasien RSSA

Statistics

Efikasi_RSSA

N	Valid	47
	Missing	0
Mean		46.45
Median		48.00
Std. Deviation		14.009
Minimum		21
Maximum		89

Efikasi Diri Pasien RSI

Statistics

Efikasi_RSI

N	Valid	36
	Missing	11
Mean		49.31
Median		54.00
Std. Deviation		22.842
Minimum		11
Maximum		89

Analisis Hubungan Pengetahuan dan Efikasi Diri Pasien RSSA

Correlations

			Pengetahuan_R SSA	Efikasi_RSSA
Spearman's rho	Pengetahuan_RSSA	Correlation Coefficient	1.000	.409**
		Sig. (2-tailed)	.	.004
		N	47	47
	Efikasi_RSSA	Correlation Coefficient	.409**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.004	.
		N	47	47

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Analisis Hubungan Pengetahuan dan Efikasi Diri Pasien RSI

			Correlations	
			Pengetahuan_R SI	Efikasi_RSI
Spearman's rho	Pengetahuan_RSI	Correlation Coefficient	1.000	.348*
		Sig. (2-tailed)	.	.035
		N	37	37
	Efikasi_RSI	Correlation Coefficient	.348*	1.000
		Sig. (2-tailed)	.035	.
		N	37	37

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).



LAMPIRAN 17**CURRICULUM VITAE****Data Pribadi**

Nama Lengkap : Made Arny Fariyanti
 Tempat, Tanggal Lahir : Singaraja, 6 Juni 1997
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Kewarganegaraan : Indonesia
 Agama : Hindu
 Alamat : Jalan Simpang Candi Panggung Perumahan
 Garden Palma B.12
 Email : arnyfariyanti06@gmail.com
 No Telpn : 082247728443

Pendidikan Formal

2003 – 2009 : SD Negeri 2 Cakranegara
 2009 – 2011 : SMP Negeri 2 Mataram
 2011 – 2012 : SMP Negeri 1 Singaraja
 2012 – 2015 : SMA Negeri 1 Singaraja
 2015 – sekarang : S1 Ilmu Keperawatan Universitas Brawijaya

Pengalaman Organisasi dan Kepanitiaan Kampus

Anggota MSCIA 2015-2016
 Staff Acara Himkajaya Mengabdikan 2015-2016
 Koordinator Humas Sarkeplik 2015-2016
 Staff Acara PSIK CUP 2015-2016
 Staff LO NSF 2015-2016
 Koordinator Humas NSF 2016-2017
 Staff Acara BKM Jurusan PSIK 2016-2017
 SC BKM Jurusan PSIK 2017-2018

LAMPIRAN 18

Dokumentasi Penelitian

